

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 32

LES

HÉMATOMES CHEZ LES HÉMOPHILES

Etude clinique, pronostic et traitement.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 15 décembre 1930

PAR

Claude-Jules-Pierre GROC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à ANGERS (Maine-et-Loire), le 23 novembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	{	Président
		GUYOT, professeur.....		Juges.
		PAPIN, agrégé		
		LOUBAT, agrégé		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 32

LES

HÉMATOMES CHEZ LES HÉMOPHILES

Etude clinique, pronostic et traitement.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 15 décembre 1930

PAR

Claude-Jules-Pierre GROC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à ANGERS (Maine-et-Loire), le 23 novembre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président</i>
		GUYOT, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	N.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale.	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie.	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELLIER.
Pharmacie.	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.	DUBECQ.	Maladies mentales.	PERRENS.
id.	DUFOUR.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Histologie.	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	CREYX.	Obstétrique.	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie.	GOLSE.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.	CAVALIÉ.	Puériculture.	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements.	N.	Pharmacie chimique.	GOLSE.
Ophtalmologie.	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MES CAMARADES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A qui je suis heureux d'exprimer ma
reconnaissance pour la bienveillance qu'il
m'a toujours témoignée.

LES

HÉMATOMES CHEZ LES HÉMOPHILES

ÉTUDE CLINIQUE, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

INTRODUCTION

Du fait des troubles de la coagulation du sang qui les caractérisent, les hémophiles sont sujets à présenter des hématomes. Peu fréquents, ceux-ci n'en constituent pas moins une manifestation de l'hémophilie intéressante à étudier, tant au point de vue clinique qu'au point de vue du problème thérapeutique qu'ils soulèvent.

Ces hématomes en effet présentent un tableau qui varie avec le siège qu'ils occupent. D'autre part ils prennent souvent le masque de certaines autres affections; aussi sont-ils souvent mal reconnus et une intervention chirurgicale pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic a plusieurs fois amené des désastres. Nous avons donc jugé utile et intéressant de consacrer la première partie de notre travail à l'étude clinique.

Mais notre but a été surtout d'étudier le pronostic et le traitement des hématomes qui surviennent chez les hémophiles.

Le pronostic de l'hématome abandonné à lui-même permet-il de se contenter de l'expectative, conduite habituellement

suivie ? ou bien pratiquera-t-on une intervention chirurgicale proscrite par les uns, admise par les autres ? ou encore aura-t-on recours à la médication coagulante ?

Nous avons, dans une deuxième partie de notre travail, examiné les résultats connus et essayé d'en tirer une règle de conduite.

L'étude de la pathogénie et de l'anatomie pathologique des hématomes a été volontairement laissée de côté.

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'historique des hématomes qui surviennent chez les hémophiles, quelques mots sur l'historique de l'hémophilie elle-même ne nous paraissent pas inutiles.

C'est dans les écrits d'un médecin arabe du nom d'Alsa-Harzavi, mort à Cordoue en 1107, que, pour la première fois, il est fait mention de l'hémophilie. Au cours de ses voyages, cet auteur aurait vu apparaître des hémorragies interminables, suivies même de mort, chez des enfants qui avaient frotté leurs gencives avec leurs mains.

Mais l'étude de l'hémophilie n'a réellement commencé qu'au ^{xix}^e siècle avec Lebert, en France, qui, en 1837, publie huit cas d'hémorragies constitutionnelles se rapportant à l'hémophilie. Dans la suite, les travaux se multiplient. Wickham Legg, en Angleterre, écrit, en 1872, un *Traité de l'hémophilie*. Plus tard, l'étude du sang des hémophiles est entreprise par Hayem, Klippel et Lhermitte. Plus près de nous sont nés d'importants travaux, parmi lesquels il faut citer les rapports remarquables de Carrière et de Marcel Labbé au Congrès français de médecine de 1907, les études pathogéniques et thérapeutiques de Sahli et de Nolf. Il faut particulièrement retenir l'étude des troubles de la coagulation du sang que Prosper-Emile Weil a entreprise depuis une trentaine d'années; dans de nombreux travaux, il a insisté sur les heureux effets des injections de sérum frais de cheval dans le traitement des accidents hémorragiques. Enfin Feissly (de Lausanne) a effectué, dans ces dernières années, d'importantes recherches sur la correction des troubles de la coagulation du sang, qui l'ont

conduit à préconiser la transfusion de sang humain citraté et les injections de plasma citraté pour lutter contre les hémorragies des hémophiles.

Mais nous devons plus particulièrement exposer l'histoire des hématomes d'origine hémophilique.

C'est Lebert le premier qui, dans l'une des huit observations d'hémophilie qu'il publie en 1837, rapporte le cas d'une tumeur sanguine considérable apparue à la suite d'un léger heurt chez un sujet prédisposé aux hémorragies.

Tardieu, dans les *Archives de médecine* de 1841, rapporte également l'histoire d'un hémophile qui présenta à plusieurs reprises des tumeurs sanguines volumineuses au niveau des cuisses; ces tumeurs survenaient sans cause évidente et disparaissaient spontanément.

Mais c'est Grandidier, de Cassel, qui, en 1855, fut le premier à écrire une étude d'ensemble sur la question.

Cette étude fut reprise en France par Schnieff (*Gaz. méd. de Paris*, 1855) et Fritz (*Arch. de méd.*, 1863). Ces auteurs, dans leurs études sur l'hémophilie décrivent « des tumeurs dont le volume atteint parfois la grosseur d'une tête d'enfant et qui siègent au niveau des fausses côtes, des lombes, dans la racine de la cuisse »; ces tumeurs sont accompagnées d'ecchymoses et de douleurs.

Grenaudier, en 1882, décrit lui aussi, dans sa thèse sur l'hémophilie, ces tumeurs sanguines qui se développent chez les hémophiles.

Puis viennent des études plus complètes. Elles sont dues à Gayet (1895), à propos de trois cas qu'il a observés, à Coste et à Launay qui, en 1900, consacrent leurs thèses à l'étude des hématomes chez les hémophiles.

De courtes descriptions des hématomes sont données ensuite, à l'occasion de travaux sur l'hémophilie, par Dommartin, en 1903 et Pauleau, en 1910, dans leurs thèses, par Carrière, dans son important rapport au Congrès français de médecine de 1907, par Cruet dans la *Presse médicale* de 1908, par Catz, en 1909, dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

En 1910, une communication sur les hématomes iliaques est faite à la Société de chirurgie par Legueu, à propos d'un cas pour lequel une intervention chirurgicale, pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic, mit le malade en grand danger; ce cas est également l'origine d'une étude des hématomes iliaques faite par Houzel, la même année, dans les *Archives générales de chirurgie*.

Enfin, étudiant l'hémophilie, Ramond, dans sa cinquième série de *Conférences de clinique médicale pratique* (1926) et Weil, dans le *Nouveau Traité de médecine de Roger, Vidal et Teissier*, font un court exposé des hématomes.

Voici donc d'assez nombreux ouvrages, mais la plupart ne constituent que de courtes descriptions des hématomes du tissu cellulaire sous-cutané et des hématomes iliaques; quelques lignes seulement sont consacrées aux hématomes du plancher de la bouche et de l'orbite et il est simplement fait mention d'hématomes siégeant dans le parenchyme d'organes et dans les séreuses. Quant au traitement des hématomes d'origine hémophilique, il a été fort peu étudié; mais l'examen des observations montre une évolution de cette question.

Dans ces dernières années en effet, les nombreux travaux sur la médication coagulante dans le traitement des hémorragies ont fait entrer le traitement des hématomes d'origine hémophilique dans une nouvelle voie. Tandis que, antérieurement, on abandonnait les hématomes à leur évolution naturelle, de plus en plus, à mesure qu'elle a été mieux connue, la médication coagulante a été employée contre ces accidents de l'hémophilie. En outre, un traitement préopératoire au moyen d'agents coagulants a permis de pratiquer des interventions chirurgicales, généralement repoussées autrefois comme trop dangereuses.

ETIOLOGIE

Dans quelles conditions apparaissent les hématomes des hémophiles?

Pour Gayet et Coste, l'origine en serait presque toujours spontanée; Grenaudier et Dommartin signalent qu'ils surviennent sans cause appréciable et Legueu conclut à « l'origine spontanée en apparence des hématomes du psoas ».

Par contre Carrière, dans son rapport sur l'hémophilie au Congrès français de médecine de 1907, signale que les hématomes sont spontanés dans 30 p. 100 des cas, plus souvent consécutifs à des contusions (70 p. 100 des cas) ou à des efforts quelconques (toux, défécation).

L'examen des observations que nous avons réunies nous a montré que les hématomes qui surviennent chez les hémophiles étaient fréquemment consécutifs à un traumatisme évident.

Le traumatisme a été assez important dans certains cas. Ce fut un choc qui déterminait la production de l'hématome dans le cas de Walther (obs. XIV); il en fut de même pour quatre des hématomes que présenta le petit malade qui fait l'objet de notre observation II. D'autres fois, c'est à la suite d'une chute que se développèrent des hématomes : cas de Ramond (obs. XI), de Tuffier (obs. XL); Frœlich et Elicagarray rapportent également des cas d'hématomes survenus à la suite de chutes (au niveau de l'avant-bras, du front, de l'omoplate). Il est à noter que les hématomes frontaux et du cuir chevelu sont le plus souvent consécutifs à des chocs ou à des chutes.

Mais un traumatisme tout à fait minime a pu produire des hématomes. De petits chocs sur l'œil furent la cause de trois

cas d'hématomes de l'orbite rapportés par Weil (obs. XXVII à XXX). De simples injections sous-cutanées même ont pu faire naître des hématomes : Gille et Simonet rapportent un cas consécutif à une injection de sérum antitétanique; une tumeur sanguine sublinguale fut la conséquence d'une injection locale d'adrénaline pratiquée pour une hémorragie suite d'avulsion dentaire (cas rapporté par Eliçagarray); une injection de cocaïne pour soigner une dent fut la cause d'un hématome du plancher de la bouche (cas de Weil, obs. XXIV et XXV).

Un effort ou une fatigue simplement ont été quelquefois relevés dans les jours précédant l'apparition de l'hématome : Sicard et Gutmann, dans le cas qu'ils ont rapporté (obs. XVI), signalent un travail un peu plus intense du bras; le malade de Launay aurait vu apparaître un hématome de la cuisse à la suite d'une grande fatigue (obs. X). Mais remarquons que cette étiologie a été indiquée principalement pour les hématomes iliaques : le malade de Grenaudier avait fait une longue course (obs. XXXII); c'est à la suite d'une marche rapide sur cinq kilomètres que le malade de Bertier et Gaillard présenta un premier hématome et un hématome de l'autre psoas survint à la suite des fatigues d'un bal (obs. XXXV); le malade de Fiessinger et Barbillon fit un hématome iliaque après une séance de natation (obs. XXXVI); celui de Legueu fut pris en plein travail (obs. XXXVII).

Une étiologie un peu spéciale est celle des hématomes consécutifs à des plaies accidentelles. Dans ces cas, le sang s'infiltre sous les tissus et finit par constituer un hématome présentant la particularité d'être ouvert à l'extérieur par un orifice fistuleux; nous en avons des exemples dans le cas de Broca et Weil consécutif à une plaie de la face dorsale de la main (obs. XII) et dans le cas de Michon consécutif à une plaie de la face palmaire de la main par pointe de ciseaux (obs. XIII).

Enfin, dans un certain nombre d'observations, il est signalé qu'aucun traumatisme d'aucune sorte ne pouvait être invoqué.

Pour conclure, nous dirons donc : les hématomes qui sur-

viennent chez les hémophiles sont assez souvent provoqués par un traumatisme évident, mais celui-ci peut être si minime qu'il passe fréquemment inaperçu, ce qui permet d'admettre l'origine spontanée au moins en apparence de ces hématomes.

Si nous considérons l'âge des malades, nous voyons que la majorité des cas sont survenus chez des sujets jeunes : des enfants et des adolescents; il faut remarquer cependant que plusieurs fois il s'agissait d'adultes d'un certain âge.

Si nous examinons la question au point de vue du sexe, nous constatons que deux cas seulement concernent des femmes (cas de Sicard et Gutmann [obs. XVI] et de Valude, [obs. XXVI]).

Enfin signalons la fréquence des hématomes par rapport aux autres accidents hémophiliques : elle serait d'après Carrière, de 11,8 p. 100.

SYMPTOMATOLOGIE — EVOLUTION — COMPLICATIONS

Les hématomes se présentent chez les hémophiles sous des types cliniques divers, suivant le siège qu'ils occupent. On distingue :

- Des hématomes du tissu cellulaire;
- Des hématomes des muscles;
- Des hématomes des séreuses;
- Des hématomes siégeant dans le parenchyme des organes.

Ces deux dernières variétés sont extrêmement rares; nous n'avons trouvé que 3 cas d'hématomes siégeant dans la cavité péritonéale (cas rapportés par Fritz, Grandidier, Monod) et nous n'avons trouvé aucun cas d'hématome siégeant dans le parenchyme d'organes.

Nous limiterons donc notre étude aux deux variétés les plus fréquentes : les hématomes du tissu cellulaire et les hématomes des muscles.

I. — Les hématomes du tissu cellulaire.

Les hématomes du tissu cellulaire occupent différentes régions.

Le plus souvent, ils se produisent au niveau du tissu cellulaire des membres, du thorax, de la face et du crâne. Mais ils peuvent siéger en d'autres points : dans le tissu cellulaire du

plancher de la bouche et de la région sous-maxillaire, dans le tissu cellulaire de la région rétro-orbitaire et palpébrale.

Un cas particulier d'hématome sous-muqueux de l'intestin a été rapporté par von Khautz.

On a signalé l'existence d'hématomes d'origine hémophilique développés dans le tissu cellulaire périrénal; nous n'en avons pas trouvé d'exemples.

Nous étudierons successivement :

Les hématomes du tissu cellulaire sous-cutané des membres, du thorax, de la face et du crâne;

Les hématomes du plancher de la bouche et de la région sous-maxillaire;

Les hématomes de l'orbite.

A. — LES HÉMATOMES DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

Les hématomes du tissu cellulaire sous-cutané sont de beaucoup les plus fréquents. Nous ne pouvons donner le nombre exact des cas que nous avons relevés, car bien souvent il est signalé que tel sujet avait fait des hématomes en nombre indéterminé. Cependant, très approximativement, nous pouvons dire que nous avons relevé plus de 50 cas contre un total de 34 des autres variétés.

Symptômes. — Le début est brusque et, d'emblée le plus souvent, l'épanchement prend une extension considérable. Ce qui caractérise ces hématomes, en effet, c'est leur volume : dans la majorité des cas, il atteint des proportions importantes. Les exemples qui suivent en donnent une idée.

L'hématome peut envahir la totalité du membre. Dans un cas de Gayet, l'épanchement occupait toute la circonférence du bras et presque toute sa hauteur (obs. VIII); dans le cas de Coste (Emile), il occupait toute la longueur de la cuisse, « se perdant en haut dans la fesse, en bas dans le mollet » (obs. VI); chez un malade de Pearce (cité par Catz), l'hématome occupait toute la face postérieure du membre inférieur, depuis la fesse

jusqu'au talon, et un malade de Fischer (cité par Catz) présentait un hématome étendu à tout le membre supérieur. L'épanchement peut même décoller les masses musculaires du membre, tels les cas de Sicard et Gutmann (obs. XVI) et de Lemp (cité par Castan).

Chez un malade de Fussel (cité par Catz), l'hématome faisait presque le tour du thorax.

Dans un cas cité par Wolff, il s'agissait d'une tumeur de la région sous-maxillaire inférieure qui descendait jusqu'à la partie inférieure du thorax.

Lemp cite le cas d'un enfant de 5 ans qui, à la suite d'un léger heurt du côté droit de la face, eut presque instantanément une tumeur sanguine volumineuse qui pendait à la façon d'une poche au-devant du thorax et de l'abdomen.

Dans un cas que nous rapportons (obs. II), l'hématome avait envahi la totalité de la face.

Les téguments sus-jacents ne tardent pas habituellement à être le siège d'une ecchymose, dont la coloration varie avec l'âge de l'hémorragie. Cette coloration des téguments, très rapide dans son apparition quand il s'agit d'hématomes superficiels, est d'une grande importance pour le diagnostic.

La consistance de la tumeur est tantôt dure et rénitente, tantôt molle et fluctuante. La sensation de crépitation fait défaut.

Les signes fonctionnels et généraux varient avec l'importance et le siège de l'hémorragie; mais ils contribuent habituellement à donner aux hématomes des hémophiles une allure clinique particulière. Ils sont, en effet, le plus souvent importants et peuvent même devenir inquiétants.

Des douleurs très vives dues à la compression des nerfs se manifestent souvent, douleurs spontanées, accrues encore par la pression; cependant l'hématome peut être complètement indolent. Suivant son siège, l'épanchement peut entraîner une impotence plus ou moins marquée.

L'abondance du sang épanché est parfois telle que l'on

observe les signes extérieurs d'une véritable hémorragie interne (pâleur, refroidissement, petitesse du pouls, etc.).

Il est possible de voir survenir une élévation de température, parfois assez marquée, dont Dommartin donne l'explication suivante : « Celle-ci peut être expliquée, d'une part, par les phénomènes douloureux qui accompagnent ces vastes collections sanguines et, d'autre part, par la résorption des éléments pyrétoènes du sang et de ceux sécrétés par les éléments anatomiques dont la vitalité a été troublée à la suite de la compression due à ces vastes collections sanguines. » Cependant l'évolution de ces hématomes est assez souvent apyretique.

Enfin il faut signaler une particularité, c'est que, lorsqu'il s'agit d'hématomes des membres, il arrive fréquemment que l'articulation voisine est en même temps le siège d'un épanchement sanguin; de plus, un sujet qui fait des hématomes présente bien souvent dans son histoire des hémarthroses. Nous en avons des exemples dans les observations VII, IX, X, XVI, etc.

Formes cliniques. — a) Parfois l'hématome se présente sous un aspect tel que l'on a distingué une *variété pseudo-phlegmoneuse*.

Les téguments deviennent rapidement tendus, lisses, brillants, avec exagération du réseau veineux sous-cutané, et l'on peut même percevoir, à la palpation, une fluctuation très nette. Ces caractères, joints à la douleur vive spontanée et à la pression, à la fièvre et au mauvais état général, donnent à s'y méprendre le tableau d'un phlegmon. Nous en avons des exemples dans 2 cas de Gayet : dans l'un, il crut avoir affaire à un phlegmon suraigu du bras, et l'incision ne fut différée que parce que les parents s'y opposèrent; dans l'autre cas, l'hématome avait pris l'aspect d'un phlegmon diffus de la jambe (obs. VIII et IX). Or, il faut remarquer qu'il ne s'agissait pas d'hématomes suppurés.

b) Il est une variété un peu spéciale d'hématomes : ce sont

les *hématomes par décollement consécutifs à des plaies*, sur lesquels Weil a attiré l'attention.

Ces hématomes présentent la particularité d'être ouverts à l'extérieur; il s'ensuit que l'hémorragie n'a aucune tendance à s'arrêter sous les caillots qui n'adhèrent pas aux tissus et, en même temps que le sang s'infiltre sous la peau, par l'orifice se produit un écoulement interminable de sang.

Evolution. Complications. — Quelle est l'évolution des hématomes du tissu cellulaire sous-cutané ?

Doit-on s'attendre à voir le volume de l'hématome s'accroître peu à peu dans les jours qui suivent son début ? Le fait est assez rare, car l'hémorragie sous-cutanée, décollant rapidement les tissus, n'a tendance à s'arrêter que lorsque les téguments sont assez tendus pour exercer une compression, de sorte que quelques heures suffisent habituellement pour que le volume maximum soit atteint. Quelquefois, cependant, l'hémorragie se produit moins rapidement ou reprend après s'être interrompue; dans un cas de Gayet, le gonflement avait encore augmenté au bout de cinq jours (obs. IX); dans le cas de Coste (Emile), « la tumeur ne s'est accrue que lentement et progressivement » (obs. VI) et, dans un cas que nous rapportons (obs. II), l'épanchement, pendant un mois, ne cessa de progresser jusqu'à envahir toute la face. Ces considérations s'appliquent également aux autres variétés d'hématomes; nous n'y reviendrons pas.

Abandonné à lui-même, l'hématome finit par se résorber. Suivant l'importance de l'épanchement, la résorption se fera plus ou moins rapidement : elle demande habituellement quelques semaines, elle a parfois demandé des mois (deux mois pour des hématomes du mollet rapportés par Gayet [obs. VIII et IX]; quatre mois pour un hématome du cuir chevelu rapporté par Hamilton).

Mais l'hématome, au cours de son évolution, peut présenter de graves complications. Nous les classerons sous trois chefs : compression, suppuration, ouverture.

1° *Complications dues à la compression par l'épanchement sanguin :*

a) La compression des nerfs de la région peut déterminer non seulement des douleurs très vives, mais jusqu'à des phénomènes de névrite.

Dans le cas de Mlle Sieczkowska, un hématome de l'avant-bras comprimant les nerfs cubital et médian détermina l'apparition d'une névrite ascendante caractérisée par la main en griffe et des troubles trophiques; une amélioration se produisit grâce à un traitement électrique et à la chaleur.

Le malade de Lesné, Powilewicz et Récamier fit un hématome de la cuisse qui entraîna la compression du nerf sciatique et détermina dans le domaine de ce nerf des troubles de la motilité, de la sensibilité, de la réflexivité, des troubles trophiques et une réaction de dégénérescence (obs. VII).

Dans un cas de Sicard et Gutmann s'installèrent des troubles paresthésiques dus à la compression du plexus brachial par un volumineux hématome du bras (obs. XVI).

b) L'épanchement peut être assez abondant pour tendre les téguments à l'excès et déterminer des phénomènes de gangrène de la peau.

Le malade de Lemp (cité par Castan) fit un énorme hématome de la cuisse qui se compliqua de gangrène et en mourut.

Dans un cas de Fischer (cité par Catz), un hématome s'étendit rapidement à tout le membre supérieur, qui devint en même temps le siège de douleurs très vives; la peau était livide, froide, on sentait à peine le pouls de la radiale; la gangrène était imminente; cependant, la résorption assez rapide ramena vite la vitalité des tissus.

D'autre part, Geza Faludi a rapporté un certain nombre de cas où la compression des vaisseaux par l'épanchement amena la production de gangrène des extrémités.

2° *La suppuration de la collection sanguine peut survenir.* Elle s'est produite plusieurs fois : Ross (cité par Catz) vit un hématome suppuré du bras; Eliçagarray cite 3 cas d'hémato-

mes infectés (2 hématomes frontaux, 1 hématome de l'épaule); Gille et Simonet, également, rapportent le cas d'un hématome infecté.

L'infection est particulièrement à redouter dans les cas d'hématomes ouverts à l'extérieur (obs. I et XIII).

3° *L'ouverture spontanée de l'hématome* a été signalée par Poncet. Il s'agissait d'un sujet qui présentait une petite tumeur à la partie interne du genou; elle s'ouvrit d'elle-même et une hémorragie rebelle s'ensuivit. Le fait s'est produit également dans 4 cas d'hématomes rapportés dans l'observation II.

Enfin ces hématomes peuvent entraîner la mort, soit par anémie aiguë, due à la spoliation sanguine produite par un épanchement de sang considérable, tel le cas de Mutzembuker, où l'hématome occupait tout le tissu cellulaire du thorax, soit à la suite de complications : le malade de Lemp mourut d'un hématome volumineux de la cuisse compliqué de gangrène de la peau; l'oncle du petit malade de l'observation II succomba à des hémorragies consécutives à l'ouverture spontanée d'un hématome.

B. — LES HÉMATOMES DU PLANCHER DE LA BOUCHE ET DE LA RÉGION SOUS-MAXILLAIRE.

Moins fréquents, ils ne sont cependant pas très rares. Nous avons pu en réunir 11 cas. (Un cas de Ramond concerne un hématome de la langue; on nous permettra de le classer parmi les hématomes du plancher de la bouche, car l'allure clinique n'en diffère guère.)

Symptômes. — Le début est brusque. Il est marqué par l'apparition d'une tuméfaction au niveau du plancher de la bouche, accompagnée d'une douleur plus ou moins vive et d'une certaine gêne.

Bientôt toute la région sus-hyoïdienne et sous-maxillaire est le siège d'un gonflement volumineux et la peau sus-jacente ne tarde pas à présenter une coloration violacée.

Habituellement, les mâchoires sont écartées (il n'existait du trismus que dans le cas de Lesné, Powilewicz et Récamier [obs. XIX]) et la salive s'écoule par la bouche entr'ouverte; la langue est repoussée en haut par une tuméfaction qui occupe tout le sillon gingivo-lingual; à ce niveau, la muqueuse présente le plus souvent un aspect ecchymotique.

La palpation montre une tuméfaction tendue, ferme, et peut quelquefois réveiller une vive douleur.

La langue peut être en même temps le siège d'une infiltration sanguine (obs. XVIII, XX et XXI). Elle augmente alors de volume, devient noir violacé et douloureuse; ne pouvant plus être contenue dans la bouche, qu'elle obstrue complètement, elle fait hernie au dehors.

Les signes fonctionnels sont rapidement graves. La mastication, la déglutition et la parole sont gênées; la respiration est difficile et l'asphyxie peut devenir menaçante. La température s'élève habituellement; elle ne resta normale que dans le cas de Leclerc et Chaliér (obs. XVII).

L'ensemble constitue habituellement un tableau analogue à celui d'un phlegmon du plancher de la bouche.

Evolution. Complications. — L'hémorragie peut ne pas être trop intense; la résorption spontanée se produit alors sans incident en quelques jours.

Mais le plus souvent, le volume de l'hématome devient tel que l'asphyxie est à craindre, et le sphacèle de la muqueuse du plancher buccal peut se produire (obs. XX).

Enfin la mort peut être la conséquence de ces hématomes; elle fut due à un œdème du larynx par compression dans le cas rapporté par Lesné, Powilewicz et Récamier (obs. XIX).

C. — LES HÉMATOMES DE L'ORBITE.

Les épanchements sanguins qui se produisent au niveau du tissu cellulaire rétro-orbitaire et palpébral constituent les hématomes de l'orbite.

Assez rares, nous n'en avons trouvé que 5 cas.

Symptômes. — Le sang envahit rapidement tout le tissu cellulaire de l'orbite et des paupières et peut même s'étendre plus ou moins loin sur la joue. L'œil paraît exorbité, saillant entre les paupières, enflées et noirâtres; l'épanchement décolle la conjonctive et forme un bourrelet autour de la cornée. En même temps, la vision baisse rapidement. Toute la région peut être le siège de vives douleurs (obs. XXVI).

Evolution. Complications. — Ces hématomes, livrés à eux-mêmes, finissent par se résorber au bout d'un temps plus ou moins long, mais des complications sont fréquentes et en font la gravité.

Celle-ci tient à deux facteurs :

a) La compression du nerf optique par l'épanchement peut entraîner une cécité temporaire ou définitive. Weil a rapporté 3 cas non traités où « la perte de la vue fut définitive et totale » (obs. XXVII, XXVIII et XXIX);

b) Du fait de la protusion du globe, si on ne suture pas les paupières, la cornée, non protégée, risque de s'enflammer et la fonte purulente de l'œil peut s'ensuivre; si l'ulcération guérit, elle laissera une taie de la cornée (obs. XXX).

II. — Les hématomes des muscles.

Dans cette variété d'hématomes, l'hémorragie, née du muscle, infiltre celui-ci et le sang vient se collecter entre le muscle et l'aponévrose, de sorte que ces hématomes ont pu être encore désignés sous le nom d'hématomes profonds ou sous-aponévrotiques.

Ils sont moins fréquents que les hématomes du tissu cellulaire.

La localisation la plus fréquente (12 cas sur 18) est celle qui se produit au niveau du muscle psoas-iliaque : on désigne ces hématomes sous le nom d'hématomes du psoas ou d'hématomes iliaques (nous préférons cette dernière dénomination, qui indique leur siège dans la fosse iliaque, sans

préjuger de leur origine, qui peut être aussi bien le muscle iliaque que le muscle psoas).

Les hématomes iliaques présentent un tableau clinique tout à fait particulier qui mérite une description.

Symptômes. — Le début est brusque. Il est marqué par l'apparition, au niveau de la fosse iliaque, d'une douleur d'intensité variable; en même temps, le membre prend une attitude vicieuse, dont le degré varie avec l'importance de l'épanchement et qui diffère suivant que l'hématome tire son origine du muscle iliaque ou du muscle psoas. Dans le premier cas il y a simplement flexion de la cuisse sur le bassin (obs. XXXVII); dans le second cas, la flexion de la cuisse s'accompagne d'abduction et de rotation externe (obs. XXXII, XXXIII et XXXV). Les mouvements spontanés deviennent impossibles, les mouvements provoqués difficiles et douloureux. Au début, l'examen physique fournit peu de renseignements; les téguments sont normaux; la palpation profonde peut donner la sensation d'un empâtement de la fosse iliaque.

A une période plus avancée ou presque d'emblée, suivant le degré de l'hémorragie, le tableau se complète.

La compression des troncs nerveux entraîne la production de douleurs variables dans leur intensité mais, pour ainsi dire, constantes. Elles siègent dans tout le domaine du nerf crural et irradient jusqu'au genou; dans le cas de Grénaudier, elles suivaient le trajet du sciatique, siégeant à la fesse et à la région postérieure de la cuisse (obs. XXXII).

L'état général est habituellement peu satisfaisant. Le facies est pâle, les lèvres sont décolorées; c'est ce qui se produit dans le cas de Legueu (obs. XXXVII) et dans le cas de Gayet, où le malade « fut dans un état alarmant demi-syncopal pendant plusieurs jours » (obs. XXXIII). La température peut s'élever, comme dans le cas de Coste (Raymond-Louis), de Bertier et Gaillard, de Fiessinger et Barbillon (obs. XXXIV, XXXV et XXXVI); dans les autres cas, la température était normale.

A l'examen, on constate que les téguments présentent, au niveau de la fosse iliaque et du triangle de Scarpa, une vous-

sure; rarement ils sont le siège d'une ecchymose, car l'épanchement est profond (la présence d'une ecchymose n'est signalée que dans le cas de Grenaudier [obs. XXXII]).

La palpation montre la présence d'une masse plus ou moins volumineuse au niveau de la fosse iliaque, masse que l'on peut délimiter, non mobilisable et indépendante des muscles de la paroi. Cette masse descend habituellement au-dessous de l'arcade crurale, qui semble la brider, et s'étale au niveau du triangle de Scarpa. Elle est dure, rénitente ou, au contraire, fluctuante, suivant l'abondance de l'hémorragie et la consistance des caillots; la sensation de crépitation fait défaut.

Evolution. — La résorption spontanée est l'évolution naturelle, mais, vu l'importance de l'hémorragie, elle est assez lente et dure souvent des mois. La suppuration n'a jamais été signalée.

Mais il faut remarquer que fréquemment se produisent des phénomènes de névrite au cours de l'évolution de ces hématomes (cas de Ravina, Fiessinger et Barbillon et 2 cas de Bertier et Gaillard). Le plus souvent, ils siègent dans le territoire du nerf crural; ceci tient à ce que l'épanchement, bridé par le fascia iliaca, ne peut s'étendre et, étranglant le nerf crural, entraîne à la longue, par compression, des lésions du nerf. Les signes de névrite sont plus ou moins accentués, plus ou moins nombreux; ils consistent, outre les douleurs, en une anesthésie cutanée, une paralysie du quadriceps avec atrophie, une abolition du réflexe rotulien. Dans le cas de Fiessinger et Barbillon, des phénomènes de paresthésie dans le territoire sensitif du fémoro-cutané furent également la conséquence de la compression de ce nerf. Heureusement les lésions régressent au bout d'un temps plus ou moins long sans laisser de séquelles.

Les autres muscles peuvent également être l'origine d'hématomes; nous en avons relevé 6 cas : Mouchet rapporte le cas d'un hématome du grand fessier et Tuffier celui d'un hématome profond suppuré de la région fessière (obs. XL); Legueu vit se développer un hématome dans les muscles de la paroi

antéro-latérale de l'abdomen (obs. XXXVIII); Frœlich cite un cas d'hématome des muscles de l'avant-bras; Kirmisson rapporte un cas d'hématome du mollet, d'origine très probablement musculaire (obs. XXXIX) et, dans le cas de l'observation I, il s'agissait d'un hématome du quadriceps fémoral.

Les muscles de la langue peuvent être également le siège d'une infiltration sanguine (obs. XVIII, XX et XXI). (Voir hématomes du plancher de la bouche).

Enfin, Combemale et Gaudier ont signalé un cas d'hématome des cordes vocales.

Les hématomes des muscles constituent des tuméfactions volumineuses dont les caractères ne diffèrent guère des hématomes du tissu cellulaire sous-cutané; il convient seulement de signaler que l'ecchymose est d'apparition beaucoup plus tardive, à cause du siège profond de l'hématome; elle peut même ne jamais se montrer. Mais ces hématomes présentent des complications qui leur sont propres; la dissociation et la compression des fibres musculaires par l'épanchement peuvent, en effet, amener une rétraction fibreuse des muscles atteints : Frœlich vit se produire une paralysie ischémique de Volkmann à la suite d'un hématome des muscles de l'avant-bras, et Kirmisson nous rapporte le cas d'un hématome du mollet qui entraîna la formation d'un pied bot équin par rétraction du triceps sural (obs. XXXIX).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des hématomes qui surviennent chez les hémophiles est le plus souvent fort malaisé; l'examen des observations nous montre qu'il a rarement été établi d'emblée et que souvent même on a porté un diagnostic erroné.

Deux points sont à envisager pour parvenir au diagnostic complet :

- reconnaître l'hématome;
- reconnaître l'hémophilie.

Pour franchir la première de ces deux étapes, la présence d'une ecchymose au niveau des téguments est d'une importance capitale; de sa constatation découlera habituellement le diagnostic. Il ne faut pas compter, en effet, sur la notion d'un traumatisme antérieur, lequel est souvent minime ou même inexistant. Quant aux signes généraux ou fonctionnels, ils tendent, le plus souvent, à mettre sur une mauvaise voie.

La ponction évidemment montre la nature de la tumeur; mais, si l'on a quelque raison de soupçonner un hématome hémophilique, il ne faut la faire qu'avec beaucoup de prudence, avec une aiguille très fine, en prenant de grandes précautions pour éviter l'hémorragie et l'infection.

Mais lorsque l'ecchymose elle-même manque ou lorsqu'elle apparaît tardivement, comme il arrive en particulier dans les hématoses des muscles, comment alors penser à une tumeur sanguine ?

La notion d'antécédents hémorragiques personnels ou héréditaires donnera l'éveil et devra conduire à un examen du sang qui, révélant les troubles de la coagulation propres à l'hémophilie, apportera un appui sérieux pour l'établissement du diagnostic. Mais nous remarquerons, avec Houzel, qu'un examen de sang positif ne sera pas toujours une preuve irréfutable.

table, car un hémophile a bien le droit de faire toute autre affection.

Le diagnostic différentiel est à envisager suivant deux modalités différentes : il existe ou non de la fièvre.

1° *Il existe de la fièvre.* — Il arrive que les signes locaux et généraux sont tels que la confusion avec une collection suppurée est à peu près inévitable. L'erreur a été commise deux fois par Gayet et une fois par Brown.

Suivant le siège d'ailleurs, la perplexité peut s'accroître. Dans les hématomes du plancher de la bouche, on sera tout d'abord tenté de croire à un phlegmon de cette région. Dans les hématomes iliaques, on pensera plutôt à toutes les affections aiguës abdominales. Coste (Raymond-Louis) rapporte un cas où la confusion fut faite avec une appendicite aiguë et le même diagnostic fut posé dans un cas de Fiessinger et Barbillon.

Notons en outre que la difficulté s'accroît encore du fait que ces hématomes peuvent s'infecter.

2° *Il n'existe pas de fièvre.* — On envisage alors les suppurations froides ou les tumeurs malignes. Dans les cas de Coste (Emile) et de Launay, on porta le diagnostic d'abcès froid tuberculeux ou ostéomyélique. On sera poussé dans cette voie surtout pour les hématomes iliaques. Le premier diagnostic de Legueu, dans le cas qu'il a observé, fut celui d'abcès froid par congestion. Et, dans le cas où une ponction sera faite, on sera tenté de croire à un ostéosarcome du bassin.

Le diagnostic d'hématome étant fait, il ne faut point en ignorer l'origine hémophilique. On peut croire à un simple hématome traumatique, car l'hémophilie n'est pas toujours évidente et peut souvent passer inaperçue, tels les cas de Giraudeau, Mouchet, Walther. On peut également en attribuer l'étiologie à une autre maladie hémorragipare. L'étude des antécédents, l'allure de la maladie et l'examen du sang permettront d'en reconnaître la véritable origine.

En somme, le diagnostic est d'une grande difficulté et, même dans les cas d'hémophilie reconnue, l'erreur sera souvent commise avec une autre affection.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Voyons d'abord le pronostic de l'hématome abandonné à lui-même, puis dans quelle mesure les divers traitements institués ont fait varier ce pronostic. Nous aurons en vue uniquement le pronostic de l'hématome, et non celui de l'hémophilie.

De l'examen des observations et des cas que nous avons pu rassembler, il résulte que ceux-ci peuvent être groupés en trois catégories :

- 1° les cas où l'on s'est contenté de l'expectative;
- 2° les cas où a été institué un traitement médical par la médication coagulante;
- 3° les cas qui ont fait l'objet d'un traitement chirurgical.

C'est de l'étude des résultats obtenus par ces trois façons de faire que nous essayerons de tirer une ligne de conduite.

1° *L'expectative.*

Nous constatons que l'expectative a été la conduite suivie dans la majorité des cas. La raison en est simple. D'une part, beaucoup de cas rapportés dans la littérature médicale datent d'une époque où la médication coagulante n'était guère employée. D'autre part, étant donnée la gravité des interventions chirurgicales chez les hémophiles, on conçoit que peu d'auteurs, chaque fois qu'un diagnostic d'hématome chez

un hémophile a été porté, aient tenté un traitement qui pouvait avoir de si funestes conséquences.

Parfois, on eut recours à des moyens inoffensifs, tels que l'immobilisation dans des gouttières ou des attelles plâtrées, l'élévation du membre, la compression méthodique et modérée; mais il ne s'agit pas là d'un traitement vraiment actif, aussi considérerons-nous ces cas comme ayant été abandonnés à eux-mêmes.

Livrés à eux-mêmes, les hématomes finissent par se résorber : cette terminaison est la règle; mais il faut remarquer qu'ils ont une tendance à prendre un volume considérable, qui met le malade dans un état des plus précaires du fait de la spoliation sanguine qui en résulte; de plus, des complications graves sont la conséquence de leur volume et du temps que demande la résorption.

En ce qui concerne les hématomes du tissu cellulaire sous-cutané, nous ne préciserons pas dans quelle proportion l'expectative a laissé survenir des complications, car souvent nous n'avons pas de renseignements assez complets. Mais nous avons relevé 10 cas qui donnèrent lieu à des complications diverses étudiées précédemment, et c'est la main forcée que, 9 fois, l'on dut intervenir après quelque temps d'expectative.

En outre, la mort est survenue 3 fois (une fois par anémie aiguë, 2 fois à la suite de complications).

Dans 4 cas d'hématomes du plancher de la bouche, l'expectative fut suffisante pour amener la guérison sans incident, en quelques jours. Mais il faut remarquer qu'il s'agissait de cas assez bénins, ce qui n'est pas habituel : 6 autres fois, en effet, ce sont des phénomènes inquiétants qui motivèrent un traitement chirurgical ou médical, et, dans un cas, la mort survint rapidement par syncope (malgré qu'on ait tenté une trachéotomie).

Particulièrement funeste paraît être l'expectative dans les hématomes de l'orbite, puisque les trois cas restés sans traitement se sont tous terminés par la cécité.

Nous avons relevé 7 cas d'hématomes iliaques où la ré-

sorption finit bien par se produire spontanément, mais, vu l'importance de l'hémorragie, au bout d'un temps assez long et après avoir présenté dans 3 cas des phénomènes de névrite. Un cas d'hématome des muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen se résorba spontanément sans incident; mais, dans 2 cas d'hématomes développés dans les muscles des membres, survinrent des complications musculaires. Enfin, on dut intervenir dans un cas d'hématome de la région fessière qui s'était infecté.

Ainsi donc, s'il est des cas où l'hématome est d'un volume modéré et se résorbe spontanément d'une façon assez rapide et sans incident, plus fréquemment l'hématome, livré à lui-même, est une source de dangers par son volume et par les complications graves qui peuvent s'ensuivre; nous avons vu qu'il pouvait même déterminer la mort. Nous concluons donc que le pronostic est sérieux.

L'expectative nous apparaît déjà comme une conduite tout à fait insuffisante et même dangereuse.

Le pronostic éloigné n'est pas meilleur. L'hématome présente en effet la particularité d'être récidivant, et cela à des intervalles de plus en plus rapprochés. Les exemples ne manquent pas. Dans l'observation de Launay, nous voyons que des arthropathies du genou accompagnées d'hématomes de la cuisse se sont montrées à quatre reprises (Obs. X). La malade de Coste (Emile), fit une première fois un hématome au niveau de la cuisse gauche, qui se résorba; mais, quelques mois plus tard, l'hématome réapparut (obs. VI). Dans le cas d'Eliçagarray, il s'agissait d'un homme de 48 ans qui, depuis l'âge de 24 ans, présentait des hématomes toujours dans les mêmes régions, au membre supérieur droit et au membre inférieur gauche, d'abord tous les trois ou quatre ans, puis à des intervalles de plus en plus rapprochés (obs. XV). La malade de Sicard et Gutmann présentait un hématome considérable du bras apparu déjà à plusieurs reprises (obs. XVI). Dans un cas de Weil, un hématome iliaque se reproduisait quatre fois par an.

2° *Le traitement médical par la médication coagulante.*

Depuis que l'on s'est rendu compte que les accidents hémophiliques étaient sous la dépendance d'un retard de la coagulation du sang, on a voulu y remédier au moyen d'une médication tendant à corriger cette altération sanguine. Pour arrêter les hémorragies des hémophiles, nombreux sont les médicaments qui ont été employés, étant donnée l'incertitude de la pathogénie de l'hémophilie.

Nous ne voulons pas entreprendre ici de passer en revue ces divers médicaments et en discuter la valeur dans le traitement de l'hémophilie et de ses accidents, mais nous nous proposons, par l'examen des observations et des cas que nous avons colligés, de nous faire une idée de la valeur de la médication coagulante dans le traitement des hématomes qui surviennent chez les hémophiles.

Nous avons relevé 13 cas où la médication coagulante a été instituée. Examinons les résultats obtenus.

Les échecs ont été rares. Des injections de gélatine pratiquées par Umbreit pour un cas d'hématome du plancher de la bouche et de la langue n'eurent aucune influence (obs. XXI). La sérothérapie et le chlorure de calcium associés échouèrent dans un cas d'hématome iliaque de Bertier et Gaillard (obs. XXXV). Des injections d'hémostyl et d'anthéma restèrent sans résultat dans un cas d'hématome de la face (obs. II).

Par contre les succès ont été plus nombreux.

a) Ils furent dus plusieurs fois aux injections de sérum frais de cheval ou de sérum antidiphthérique.

Catz injecta du sérum à un enfant grand hémophile à l'occasion d'un hématome, et l'enfant guérit en huit jours, plus vite que pour tout autre accident hémorragique antérieur.

Pour un gros hématome récidivant de la cuisse, Elicagarray injecta du sérum sanguin (20 cc.); la guérison fut obtenue en moins de quinze jours, alors qu'habituellement l'hématome mettait six semaines à trois mois à se résorber (obs. XV).

Dans des cas d'hématomes du plancher de la bouche, des injections de sérum furent pratiquées par Michon (30 cc.) et par Weil (20 cc. intraveineux); tous les symptômes s'amendè-

rent rapidement, et la guérison survint en quelques jours (obs. XXII et XXIV).

Enfin, un hématome de l'avant-bras se résorba rapidement à la suite de quatre injections sous-cutanées de 20 cc. d'hémostyl (obs. II).

b) La transfusion également a donné de bons résultats.

Fiessinger et Barbillon firent une transfusion citratée de 20 cc. de sang maternel pour un hématome du plancher de la bouche; associée à la sérothérapie et à la protéinothérapie, elle a paru être « l'acte le plus rapide et le plus efficace » (obs. XX).

Dans un cas pourtant très grave d'hématome du plancher de la bouche, rapporté par Paiseau, Cayla et Hamburger, une amélioration se produisit deux jours après une transfusion de 100 cc. de sang citraté, et cinq autres transfusions amenèrent la résorption progressive de l'hématome (obs. XXIII).

Dans un cas d'hématome du plancher de la bouche, également, Weil pratiqua une transfusion de 225 cc. de sang; elle amena la régression des symptômes en vingt-quatre heures (obs. XXV). Il suivit la même conduite dans un cas d'hématome de l'orbite; dès le lendemain une amélioration se produisit, et tout rentra dans l'ordre en une semaine, alors que 3 cas restés sans traitement se compliquèrent de cécité (obs. XXX).

Deux transfusions de 25 cc. de sang, associées à l'irradiation de la rate et des épiphyses fertiles des os longs des membres, amenèrent rapidement une amélioration, puis une prompte guérison dans un cas d'hématome de la face qui ne cessait de progresser (obs. II).

c) C'est aux injections de nucléinate de soude qu'eurent recours avec succès Sicard et Gutmann pour un vaste hématome du bras à répétition. Ils injectèrent dans les muscles 0,15 de nucléinate de soude en solution à 2 p. 100 de sérum artificiel, à intervalles de cinq à six jours; dès la troisième injection, l'hématome se résorbait (obs. XVI).

Le traitement médical par la médication coagulante, le plus

souvent sous la forme d'injections de sérum frais de cheval ou antidiphthérique et de transfusions de sang, a donc permis d'obtenir d'excellents résultats : la guérison en effet a été beaucoup plus rapide et par là même des complications graves ont pu être évitées.

Un autre point est à envisager. Les hématomes récidivent fréquemment et de nouveaux hématomes sont à prévoir en d'autres régions : le traitement médical au moyen des médicaments coagulants est-il efficace contre le retour de ces accidents ? Peut-on espérer obtenir leur disparition ou tout au moins voir diminuer leur fréquence et leur importance ?

Les observations que nous avons examinées ne donnent pas de renseignements favorables. Quelques-unes en effet concernent des hémophiles qui, traités par des agents hémostatiques, n'en ont pas moins fait des hématomes dans la suite.

Le malade de Fiessinger et Barbillon, malgré qu'il ait subi un traitement important et varié (injections de gélatine, de sérum, de peptone, transfusion de sang maternel) présenta un hématome iliaque et un hématome du plancher de la bouche.

Le malade de Bertier et Gaillard avait pris du chlorure de calcium en potion et avait reçu du sérum antidiphthérique en injections, quelques jours avant de faire un hématome iliaque.

Dans le cas de Nobécourt et René Mathieu, des injections de peptone de Witte, d'hémostyl, de sang maternel n'ont exercé aucune influence appréciable sur l'évolution de l'hémophilie de leur malade qui mourut d'hématome de la cuisse.

Les nombreuses injections d'hémostyl et d'anthéma et les transfusions de sang faites au petit malade de l'observation II n'évitèrent pas la production de nouveaux hématomes.

De plus, Lesné signale l'insuffisance des traitements opposés à l'hémophilie et il rapporte le cas d'un enfant hémophile qui, en cours de traitement, succomba à la suite d'un hématome sous-maxillaire. Dans diverses circonstances, cet auteur aurait vu apparaître des hématomes chez des enfants soumis aux thérapeutiques usuelles.

De tout ceci il ressort que la médication coagulante a une action plus nette au point de vue immédiat qu'au point de vue préventif.

Monod notamment, au sujet de l'action de la transfusion dans l'hémophilie, écrit : « Dans l'hémophilie vraie, la transfusion peut être une mesure temporaire effective, en ce sens qu'elle pourra provoquer l'arrêt d'une hémorragie menaçante, mais cette action hémostatique sera passagère, elle agira bien rarement sur la maladie elle-même, en modifiant la tendance congénitale à saigner que présentent ces malades par retard plus ou moins considérable de la coagulation du sang. »

Feissly, d'ailleurs, a montré que la transfusion n'avait qu'une action passagère d'une durée d'environ 24 heures; passé ce temps, le sang du receveur présenterait à nouveau les anomalies de la coagulation.

Cependant Weil, grâce aux injections sériques, a obtenu des succès. Dans le *Bulletin général de thérapeutique* de 1920, nous trouvons signalé que « cinq malades de Weil ont obtenu la disparition complète des accidents hémoliques à répétition (hémarthroses, hématomes) ».

En outre, dans la *Presse médicale* (févr. 1929), Weil écrit : « Pour le traitement préventif des hémorragies, le traitement que j'ai préconisé dès 1905 fait merveille. En injectant par voie sous-cutanée tous les mois 10 à 20 cc. suivant l'âge, à des hémophiles, on fait cesser les hémorragies récidivantes. Nombre de mes malades qui avaient des hématomes, des hémarthroses, les ont vu disparaître complètement. Les hémorragies provoquées par un trauma se produisent encore, mais plus rares et plus faibles pour un traumatisme même important; les hémorragies spontanées, elles, cessent complètement. »

Peut-être faut-il mettre sur le compte d'un traitement insuffisant les succès signalés.

3° *Le traitement chirurgical.*

Nous avons pu réunir 22 cas où le traitement chirurgical a été mis en œuvre; dans 4 cas, l'on est intervenu à deux reprises; nous nous trouvons donc en présence de 26 interventions.

La gravité des interventions chirurgicales chez les hémophiles étant bien connue, on peut se demander pour quels motifs on a été amené à intervenir.

1° C'est à la suite d'une erreur de diagnostic que 10 fois fut pratiquée l'intervention.

a) Dans un certain nombre de cas, l'hématome fut diagnostiqué, mais l'hémophilie méconnue.

Girardeau ponctionna une tumeur dure et noire de la fesse apparue chez un enfant de quinze mois.

Mouchet cite un cas de ponction d'un hématome fessier chez un sujet qu'on ne pouvait soupçonner d'hémophilie.

Dans le cas d'hématome de la région occipitale rapporté par Walther, on ne connaissait pas l'hémophilie du sujet, quand l'hématome fut incisé pour la première fois (obs. XIV).

L'hémophilie était également ignorée, lors de l'incision d'un hématome frontal dans un cas rapporté par Ramond (obs. XI).

b) D'autres fois, l'hématome non reconnu fut pris pour une affection nécessitant une intervention.

Brown crut avoir affaire à un phlegmon de la cuisse et l'incisa.

C'est parce qu'on pensait à un abcès d'origine ostéomyélique ou à un abcès froid que fut incisé l'hématome de la cuisse du malade de Launay (obs. X).

Coste (Raymond-Louis) rapporte le cas d'un hématome de la fosse iliaque droite qui, pris pour une appendicite, conduisit à une intervention (obs. XXXIV).

Dans un cas d'hématome iliaque, Legueu fit d'abord une ponction, croyant avoir affaire à un abcès froid pottique; mais, la ponction ayant montré la nature sanguine de la tumeur, il pensa à un ostéosarcome du bassin et intervint largement pour vider la fosse iliaque (obs. XXXVII).

Enfin Bérard et Dunet prirent également pour un sarcome un gros hématome de la fosse iliaque qu'ils enlevèrent.

2° 16 fois, le diagnostic d'hématome chez un hémophile ayant été porté, c'est pour parer ou remédier à des accidents que l'on dut intervenir.

Dans un cas désespéré d'hématome volumineux de la cuisse rapporté par Nobécourt et René Mathieu fut tentée l'hémotase chirurgicale par tamponnement du foyer de l'hématome.

Devant les menaces d'asphyxie produites par un hématome du plancher de la bouche et de la langue, Umbreit pratiqua d'abord des ponctions répétées, puis une incision sur le plancher de la bouche suivie d'évacuation des caillots et de tamponnement de la plaie (obs. XXI). C'est également devant l'allure inquiétante d'un hématome du plancher de la bouche que Fiessinger et Barbillon pratiquèrent une ponction avec la pointe d'un thermocautère (obs. XX).

Dans 4 cas, c'est la suppuration de l'hématome qui provoqua l'intervention : ce sont les cas rapportés par Ross (hématome du bras), Gille et Simonet, Michon (hématome de la face palmaire de la main consécutif à une plaie [obs. XIII]), Tuffier (hématome profond de la région fessière [obs. XL]).

Deux fois, il s'agissait d'hématomes ouverts donnant des hémorragies interminables; dans le cas d'hématome de la face dorsale de la main de Broca et Weil, il s'agissait d'un hématome consécutif à une plaie (obs. XII) et l'hématome de la région occipitale rapporté par Walther avait été ouvert par erreur, alors qu'on ne pensait pas à un hématome d'origine hémophilique (obs. XIV).

Gayet intervint dans deux cas : dans l'un, l'hématome présentait un volume important avec phlyctènes; dans l'autre, l'hématome constituait une immense poche fluctuante prête à s'ouvrir (obs. VIII et IX).

Dans le cas de l'observation I, le volume important de l'hématome, qui ne cessait de s'accroître depuis seize mois, déterminà à en tenter l'évacuation.

C'est devant l'envahissement progressif de la face par

l'épanchement que l'on eut recours à des ponctions, dans un cas de l'observation II.

Enfin Valude pratiqua deux ponctions d'un hématome de l'orbite qui provoquait de vives douleurs (obs. XXVI).

Mis à part les cas où l'on est intervenu à la suite d'erreurs de diagnostic, nous voyons que le traitement chirurgical peut être, certaines fois, jugé nécessaire pour lutter contre des complications sérieuses. Gayet l'a même conseillé au moins dans certains cas : « En présence de ces vastes poches, écrit-il, où l'épanchement est trop abondant pour que la résorption soit facile et rapide, où la persistance de la compression nerveuse produit des douleurs et où le foyer livré à lui-même risque de s'enflammer, on pourra pratiquer la ponction; et, si les caillots sont trop volumineux pour être retirés de la sorte, on devra sans trop de craintes recourir au bistouri, après quelque temps d'expectative, et alors que l'orage qui a produit la brusque apparition de l'hématome se sera tout à fait apaisé. »

L'examen des résultats obtenus à la suite des 26 interventions que nous avons relevées va nous montrer ce que donne le traitement chirurgical. Nous pouvons répartir les résultats en deux groupes :

Mauvais résultats : 19 fois;

Bons résultats : 7 fois.

Rien souvent, l'intervention fut tout à fait inutile : l'hématome fut en effet insuffisamment évacué par une ponction ou une incision minime et se reforma, tels les cas de Walther (deuxième intervention), Fiessinger et Barbillon, Valude, Legueu (première intervention) et l'un des cas de l'observation II.

Dans la majorité des cas, l'intervention fut même nuisible. En effet la décompression réveilla des hémorragies. Elles se manifestèrent soit dès l'intervention, soit quelques heures après, le lendemain le plus souvent, et plus tardivement encore, au sixième jour dans un cas de Gille et Simonet. Elles

furent assez abondantes, souvent, pour mettre la vie du malade en danger. Tenaces, rebelles, elles se prolongèrent plusieurs jours de suite et ne cédèrent souvent qu'à l'emploi de moyens et de médicaments hémostatiques; elles entraînaient la mort dans un cas où l'on tenta l'hémostase chirurgicale par tamponnement (cas de Nobécourt et Mathieu). Signalons en particulier l'importance des hémorragies dans les hématomes des muscles, témoins le cas d'hématome iliaque pour lequel Legueu intervint et celui d'hématome du quadriceps de notre observation I.

Enfin, dans les cas où il n'est pas parvenu à évacuer totalement l'hématome, l'acte chirurgical a encore été une source de dangers par le fait qu'il a ouvert une porte à l'infection.

Par contre, les résultats furent bons dans 7 cas. L'évacuation de l'hématome, dans ces cas, put en effet être pratiquée sans qu'aucun incident fâcheux se produisît.

Dans 2 cas rapportés par Gayet, l'intervention fut pratiquée très longtemps après le début de l'hématome; c'est pour cette raison, pense Gayet, que la guérison fut obtenue sans incident; dans le cas de Coste (Raymond-Louis), il s'agissait fort probablement d'une hémophilie tout à fait bénigne. Mais nous voulons attirer l'attention sur les 4 autres cas : de Tuffier, Michon, Walther (deuxième intervention), Broca et Weil; le succès, en effet, paraît devoir être attribué à une méthode qui, par contre, n'a pas été suivie dans les cas malheureux (mis à part toutefois le cas de l'observation I).

Dans ces derniers, en effet, on s'en est tenu souvent à une incision plus ou moins large, avec évacuation plus ou moins complète des caillots, suivie ou non de tamponnement; certaines fois même ne furent pratiquées qu'une incision simple ou une ponction, actes qui eurent pour conséquence la production d'un hématome ouvert, éminemment propre à donner des hémorragies.

Tout autre fut la technique dans 4 cas suivis de succès. Tout d'abord la médication coagulante vint s'associer au traitement chirurgical : dans le cas de Tuffier, sous la forme d'in-

jections de sérum artificiel pré ou postopératoires; dans les 3 autres, sous la forme de sérum frais de cheval ou de sérum antidiphthérique injecté avant l'intervention. D'autre part, l'on ne se contenta pas d'une ouverture minime et d'une évacuation plus ou moins complète des caillots, mais on pratiqua un large débridement permettant un nettoyage minutieux de la cavité de l'hématome. Enfin, dans les cas de Broca et Weil et de Michon, la médication coagulante vint encore exercer son action sous la forme d'un tamponnement avec des compresses imbibées de sérum frais de cheval ou antidiphthérique, appliquées directement sur la plaie et non sur les caillots.

Ainsi le traitement chirurgical a donné le plus souvent des déboires; il n'est susceptible de donner satisfaction que si une préparation générale du malade par la médication coagulante et une application locale de sérum, après évacuation soignée des caillots, viennent s'associer à l'intervention.

Conclusions thérapeutiques.

Tout d'abord nous ne devons jamais rester dans l'expectative. Si les moyens employés seuls autrefois, tels que l'immobilisation, la compression, sont encore de mise, nous avons actuellement mieux à faire que d'attendre la résorption spontanée de l'hématome.

Devrons-nous instituer un traitement médical ou un traitement chirurgical?

C'est au traitement médical par la médication coagulante que l'on aura recours d'emblée. Il devra être institué le plus tôt possible dans tous les cas d'hématomes d'origine hémophilique.

Deux méthodes sont particulièrement à retenir : la transfusion de sang et les injections de sérum frais de cheval ou antidiphthérique.

La transfusion de sang normal citraté, telle que l'a préconisée Feissly dans ces dernières années, paraît être la méthode

la plus efficace en cours d'hémorragie; c'est à elle que l'on donnera la préférence. Elle sera toujours faite par voie veineuse. Des doses faibles, 10, 25, 50 cc., seront habituellement suffisantes, car il s'agit seulement d'apporter à l'organisme les ferments qui lui font défaut. Cependant, dans les cas où un épanchement sanguin considérable, entraînant une spoliation sanguine importante, produira des troubles d'anémie aiguë, on emploiera des doses plus fortes; la transfusion aura alors le double but d'arrêter l'hémorragie et de compenser la perte sanguine; pour cette raison, elle sera, particulièrement dans ces cas, la méthode de choix.

Si une transfusion n'est pas possible, on aura recours aux injections sériques préconisées par P.-E. Weil. On injectera du sérum frais de cheval ou, à défaut, du sérum antidiphtérique, à la dose de 20 à 40 cc. sous la peau, 10 à 20 cc. dans les veines; ces doses suffiront d'ordinaire, mais elles pourront être renouvelées en cas de besoin.

Les résultats obtenus montrent que l'on doit avoir confiance en ces deux méthodes; cependant les autres méthodes coagulantes pourraient également être mises en œuvre, si l'on ne disposait pas des premières ou si celles-ci s'étaient montrées insuffisantes.

Pour lutter contre les récidives, un traitement préventif devra en outre être institué. Mais il faut remarquer que c'est un traitement de longue haleine qu'il faut entreprendre; tous les mois ou tous les deux mois, on injectera des doses de sérum frais de cheval ou antidiphtérique, variant de 10 à 40 cc., suivant que les injections seront pratiquées sous la peau ou dans les veines et suivant l'âge du sujet (méthode de Weil). Il faut en effet que les malades soient constamment maintenus sous l'action de la sérothérapie, car l'action corrective du sérum sur la coagulation n'est que passagère et ce n'est qu'à la longue qu'on peut espérer améliorer le trouble de la coagulation du sang.

Ferons-nous un traitement chirurgical? Habituellement non.

Il serait téméraire d'ouvrir l'hématome pour tenter l'hémos-

tase chirurgicale par tamponnement, d'autant que nous avons dans la médication coagulante un mode de traitement souvent efficace. Quant à l'évacuation de l'hématome, elle ne sera pratiquée que dans les cas où il serait dangereux de s'abstenir.

L'intervention chirurgicale s'imposera d'emblée dans les cas d'hématomes ouverts, que l'ouverture soit primitive (hématomes par décollement consécutifs à des plaies), ou secondaire (hématomes ouverts spontanément et hématomes ouverts à la suite d'un acte chirurgical insuffisant). Des hémorragies interminables, rebelles aux médicaments hémostatiques tant que les caillots n'ont pas été soigneusement évacués, sont en effet habituelles dans ces cas. Et il ne faut pas perdre de vue que les caillots, en communication avec l'extérieur, constituent une menace d'infection. Pour ces raisons, l'intervention sera nécessaire. Les résultats obtenus confirment cette conduite sur laquelle ont insisté Broca et Weil en ces termes : « Dans le cas d'une plaie plus ou moins profonde, où le sang décolle plus ou moins les tissus et forme un hématome ouvert à l'extérieur par un orifice fistuleux d'où le sang continuera à sourdre sous les caillots mous et noirs qui n'adhèrent pas aux tissus décollés, on peut espérer qu'une injection sous-cutanée ou intraveineuse arrêtera l'écoulement sanguin profond, par modification de la crase sanguine; mais ce sera toujours d'une action assez lente. Or l'hémorragie externe peut être menaçante. L'indication nous paraît être, avant tout, de demander à une application directe du sérum, sec ou liquide, une action hémostatique immédiate, et l'on nous objecte que souvent cette action fut nulle. Nous répondrons sans hésiter qu'elle le fut parce que l'application fut mal faite : la première condition est de débrider largement la plaie, d'enlever les caillots (d'ailleurs toujours prêts à s'infecter) et d'appliquer directement le sérum, sec ou frais, sur les surfaces cruentées, après ligature de gros vaisseaux, s'il y a lieu. Appliquer le sérum sur la peau autour d'une petite plaie, puis à travers cette petite plaie sur une petite surface du caillot, ne peut être efficace; il faut que le sérum touche les surfaces suin-

tantes et non des caillots plus ou moins épais qui l'en séparent. » Et ils écrivent encore : « Sur la large surface d'un hématome par décollement, consécutif à une plaie, nous estimons que la seule action de l'injection de sérum à distance peut être insignifiante et qu'il convient de lui adjoindre celle du contact direct sur les vaisseaux suintants, ce qui a encore l'avantage d'empêcher l'infection, à peu près inévitable, de ces amas cruoriques. »

L'évacuation de l'hématome sera, bien entendu, nécessaire lorsqu'il s'agira d'hématomes infectés, si la suppuration fait courir quelque risque au malade; mais on interviendra seulement après un examen minutieux et lorsqu'on sera bien sûr de ne pas confondre un hématome du type pseudo-phlegmoneux avec une suppuration vraie.

Enfin l'on sera autorisé à intervenir lorsque des complications dangereuses (asphyxie, gangrène) seront imminentes.

Mais il faut remarquer que, lorsqu'une intervention sera jugée nécessaire, encore faudra-t-il ne pas avoir affaire à des hématomes dont le volume trop considérable ne permettrait pas une intervention correcte, pratiquée selon la technique que nous allons exposer, qui paraît seule pouvoir donner des résultats satisfaisants. Il ne faudra jamais se départir de la méthode suivante :

a) L'intervention sera précédée d'une préparation générale du malade au moyen de la médication coagulante (transfusion de sang ou injection de sérum), mais celle-ci ne devra être entreprise ni trop tôt ni trop tard, car l'action corrective de la médication demande un certain temps pour se manifester et, d'autre part, n'est que passagère. Vingt-quatre heures donc avant l'intervention, on pratiquera une transfusion de sang citraté (50 cc. environ) ou, à défaut, une injection de sérum frais de cheval ou de sérum antidiphthérique (20 à 40 cc. sous-cutanés, 10 à 20 cc. intraveineux), précaution qui sera répétée deux heures environ avant d'intervenir.

b) L'intervention consistera dans l'incision de l'hématome (la ponction évacuatrice est à rejeter, car elle est insuffisante

et même dangereuse), suivie d'une évacuation soignée des caillots et de la mise en place d'un pansement sérique local. Il sera nécessaire d'ouvrir largement l'hématome, car les caillots devront être minutieusement enlevés, de façon que le sérum soit mis en contact, non avec des caillots, mais avec les surfaces de la plaie.

L'intervention, bien entendu, sera menée avec le plus de délicatesse possible, de façon à traumatiser au minimum la région.

Toutes les fois qu'on le pourra, en dehors des cas d'hématomes ouverts, il y aura intérêt, suivant le conseil de Gayet, à ne pratiquer l'évacuation de l'hématome qu'après quelque temps d'expectative, alors que la crise hémorragique sera passée.

OBSERVATIONS

Nous avons basé ce travail sur l'étude des 40 observations qui suivent, dont quelques-unes relatent plusieurs cas. Nous avons en outre tenu compte d'un certain nombre de cas sans observations rapportés par : Brown, Fischer, Fussel, Hamilton, Ross (cités par Catz), Bérard et Dunet, Catz, Eliçagarray, Frœlich, Gille et Simonent, Giraudeau, Lemp (cité par Castan), Mouchet, Mutzembuker, Nobécourt et Mathieu, Poncet, Ravina, M^{lle} Sieczkowska, Weil, Wolff.

Les 2 premières observations sont inédites; les 38^es autres, recueillies dans la littérature médicale, sont réparties en 4 séries :

la 1^{re} série, de III à XVI, contient les cas d'hématomes du tissu cellulaire sous-cutané,

la 2^e série, de XVII à XXV, les cas d'hématomes du plancher de la bouche et de la région sous-maxillaire,

la 3^e série, de XXVI à XXX, les cas d'hématomes de l'orbite,

la 4^e série, de XXXI à XL, les cas d'hématomes des muscles.

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

G..., âgé de 19 ans, entre à la clinique le 15 octobre 1928, pour une tumeur de la cuisse droite.

Dans les antécédents familiaux (mère, grand'mère, frère) on ne

relève aucune trace d'hémophilie. Comme antécédents pathologiques personnels, on trouve la rougeole et la diphtérie.

C'est en 1918, à l'âge de 9 ans, que se place la première manifestation hémophilique, sous les formes d'une arthrite du genou gauche. Cet article est immobilisé pendant deux ans dans un appareil plâtré, à la suite de quoi le pied reste en équinisme et ultérieurement est redressé à l'aide d'une vis.

Quant à l'accident qui l'amène, il a débuté seize mois auparavant, sans traumatisme semble-t-il. Ce fut d'abord une grosseur de la face externe à la partie moyenne de la cuisse droite. Progressivement elle a atteint le volume qu'elle présente à l'arrivée : deux poings environ. C'est une tumeur intra-musculaire, qui gêne la flexion. Elle ferait penser à un ostéosarcome, à un kyste hydatique, mais vu les antécédents et la ponction qui ramène du sang noir on porte le diagnostic d'hématome chez un hémophile. A noter en outre une hydarthrose des deux genoux, dont la ponction ramène du liquide citrin.

Le temps de coagulation du sang recueilli par ponction veineuse est de 12 minutes.

Intervention (le 20 octobre 1928). On fait d'abord une transfusion de 50 centimètres cubes de sang étranger citraté sans aucun incident. En second lieu, incision de la tumeur suivant son grand axe. Sous le muscle droit antérieur on trouve une cavité à loger les deux poings avec un diverticule s'enfonçant dans le vaste interne. Elle est remplie de caillots de coloration « vieux Bordeaux ». A la compresse et à la curette mousse on enlève ceux qui sont adhérents. Le muscle au-dessous est d'aspect normal. Ligatures de quelques artérioles qui saignent. On met en place un drain n° 10 et on ferme en un plan aux crins de Florence.

Le lendemain 21, le pansement a été traversé par le sang. On pratique une injection de 5 cc. d'anthéma et on refait le pansement : la tumeur que l'on avait évacuée a repris son volume initial. Le 22, on enlève le drain, du sang rouge s'écoule, ce qui nécessite une compression de cinq minutes. On pratique une deuxième injection d'anthéma. Les 5^e, 7^e et 8^e jours on renouvelle la même injection. Les 9^e, 11^e et 13^e jours on fait de petites transfusions. L'hématome est

toujours aussi volumineux qu'au second jour; aussi retarde-t-on l'ablation des points jusqu'au quinzième jour. Quand on les enlève, la suture est très tirée, deux points lâchent laissant à la partie inférieure de l'incision un orifice de la dimension d'une pièce de 1 franc environ par lequel on aperçoit des caillots. Par la suite tout semble devoir aller bien lorsque le 26 novembre, plus d'un mois après l'intervention, la température se met à augmenter chaque jour un peu plus, l'appétit disparaît, des vomissements surviennent. Les pansements abondants en ouate sont traversés, la tumeur devient sensible à la pression; l'infection est évidente.

Malgré les soins pris, on n'arrive pas à la juguler et le petit malade meurt le 26 décembre après de longues souffrances.

OBSERVATION II (Inédite).

(Recueillie dans le service de clinique médicale infantile
de M. le Professeur CRUCHET.)

Il s'agit d'un enfant de 10 ans, Fernand C., qui est entré à l'hôpital pour un volumineux hématome de l'avant-bras droit. Dans ses antécédents aussi bien familiaux que personnels on relève l'existence de manifestations hémophiliques. Sa mère a fait des accidents hémorragiques à l'occasion de ses accouchements. Un demi-frère de sa mère (de père différent) faisait facilement des accidents hémorragiques; à 21 ans, hématome de la région pariétale droite à la suite d'une chute; au bout de six jours, cet hématome s'ouvre spontanément, donnant lieu à des hémorragies abondantes qui entraînent la mort. Par contre, du côté du père, aucun accident à retenir, de même que pour un frère et trois sœurs qui sont de père différent.

Pour l'enfant lui-même, en dehors des saignements faciles et prolongés, à l'occasion de blessures insignifiantes, l'hémophilie s'est manifestée par de nombreux hématomes.

Jusqu'à l'âge de 2 ans, la moindre chute était l'occasion de bosses du volume d'une noix, se résorbant en quelques jours, au niveau du front ou du cuir chevelu.

A 2 ans se produit un hématome beaucoup plus important. L'enfant tombe et se heurte au niveau de la partie externe de la région orbitaire gauche. Dans les deux ou trois jours qui suivent, les paupières et le tissu cellulaire environnant sont le siège d'un gonflement considérable, du volume du poing, et une coloration violette y apparaît. Toute la région est douloureuse. La vision est impossible de l'œil gauche obstrué par les paupières gonflées. La peau qui recouvre la tuméfaction, tendue et luisante, s'amincit de plus en plus, si bien qu'après quatre ou cinq jours l'hématome s'ouvre spontanément, laissant couler un jet de sang. On applique des compresses imbibées d'hémostyl et un pansement compressif. En même temps on fait une injection sous-cutanée d'hémostyl. L'hémorragie continue pendant quatre à cinq jours, traversant les pansements quotidiens pourtant épais. Enfin un caillot s'élimina spontanément par l'orifice, l'hémorragie cessa et en quinze jours l'hématome se résorba.

A 4 ans, à la suite d'une chute, il se produit un hématome au niveau de l'index gauche; il s'ouvre spontanément et donne lieu à des hémorragies pendant 7 à 8 jours malgré les applications locales et les injections sous-cutanées d'hémostyl.

A 5 ans, un objet tombe sur son pied gauche; le 3^e orteil devient le siège d'un hématome important, qui s'ouvre trois ou quatre jours après, spontanément, et donne lieu à des hémorragies qui durent cinq jours. Le même traitement que précédemment fut appliqué. Un examen de sang pratiqué à cette occasion le 28 avril 1925 donne :

Hémoglobine : 90 p. 100.

Coagulation : vingt-deux minutes avec début de sédimentation des hématies.

Temps de saignement normal.

Rétractilité normale du caillot.

Polynucléaires, 37,45; lymphocytes, 41,94; mononucléaires, 7,49; neutrophiles, 2,62; éosinophiles, 10,48;

Bordet-Wassermann faiblement positif.

Un autre accident du même ordre se produit à l'âge de 7 ans. Le 3 mai 1927, il reçoit d'un camarade un coup de tête sur le

nez. Pendant les quatre à cinq jours qui suivent, il a des épistaxis; on pratique une injection d'hémostyl. Au bout d'une dizaine de jours, un hématome commence à se développer en partant d'abord des ailes du nez pour s'étendre ensuite à toute la face et s'accroître progressivement pendant un mois. Le nez, les lèvres, les paupières, les joues, le front étaient recouverts d'une masse volumineuse, tendue, violacée, indolore. La lèvre supérieure pendait jusqu'au menton, gênant l'alimentation; le gonflement des ailes du nez rendait la respiration difficile; les paupières gonflées empêchaient la vision. Dès le début de l'apparition de cet hématome on pratique des injections répétées d'hémostyl et d'anthéma. Aucune amélioration ne s'étant produite au bout d'un mois, on ponctionne au niveau de l'aile droite du nez, aucun résultat; l'hématome augmentait toujours.

Le 13 juillet, plus de deux mois après le traumatisme, on fait une transfusion de 25 cc. de sang maternel (Professeur Rocher). Dans les deux jours qui suivent il n'y a aucune amélioration.

Le 15 juillet, nouvelle transfusion de 25 cc. du sang d'un frère de la mère. La résorption commence dans les jours qui suivent, les paupières s'entr'ouvrent.

Malgré cela on s'adresse à une autre thérapeutique. On pratique des irradiations de la rate : le 22 juillet sur la face antérieure, le 25 sur la face postérieure, le 27 sur la face externe. On peut noter dès ce jour une amélioration très sensible, l'enfant recommence à manger, à marcher, à s'amuser.

On continue les séances: irradiation de la face antérieure du genou droit, le 29 juillet, puis de la face postérieure le 3^e août; le 5 août, irradiation de l'épaule droite, le 12 de l'épaule gauche.

L'hématome n'a pas cessé de se résorber. Vers le milieu du mois d'août la guérison est enfin obtenue.

Rien de notable ne s'était produit chez l'enfant jusqu'au 7 octobre 1930, date à laquelle sa mère le ramène, à la consultation, parce que deux jours auparavant une tuméfaction est apparue à l'avant-bras droit. Dans la journée du samedi 4 octobre, la mère l'avait légèrement frappé à cet avant-bras. Dans la nuit l'enfant se plaint de douleurs en cet endroit et la mère constate une tuméfaction. Le

dimanche et le lundi la grosseur augmente encore un peu de volume. C'est le mardi que l'on voit le petit malade. L'avant-bras droit, en demi-flexion, est le siège d'une tuméfaction qui occupe la moitié supérieure de sa face externe; elle est allongée suivant l'axe du membre, du volume d'un œuf de cane environ; dure, tendue, elle ne se laisse pas mobiliser; il existe à son niveau des douleurs spontanées, mais la palpation n'en est pas douloureuse. L'articulation du coude n'est pas atteinte. La flexion de l'avant-bras se fait facilement mais l'extension est gênée par la tumeur.

Le traitement institué fut le suivant : pansement compressif; et, pendant quatre jours, une injection sous-cutanée de 20 cc. d'hémostyl fut faite chaque matin. A la troisième injection apparaît une légère éruption sérique locale à la cuisse gauche. A la même époque une ecchymose jaune verdâtre se montre au niveau de la tuméfaction.

Dès le début des injections, l'hématome commence à se résorber et en trois semaines la résorption est totale. Entre temps, le 13 octobre, une séance d'irradiation de la face antérieure de la rate a eu lieu.

Le malade est revu le 15 novembre : aucune trace de l'hématome ne persiste, il n'existe aucune gêne des mouvements de l'avant-bras.

OBSERVATION III.

(LEBERT. Rapportée par Tardieu, in *Arch. gén. méd.*, Paris, 1841.)

Un homme, âgé de 41 ans, d'une constitution épuisée par plusieurs pertes de sang abondantes et par des douleurs rhumatismales, s'étant heurté légèrement le côté contre la clef d'une porte, eut une tumeur sanguine considérable, accompagnée de faiblesse du poulx et de lipothymie. Il avait été sujet, dans son enfance, à des épistaxis poussées jusqu'à la syncope; plus tard, à des hématuries qui ont cessé vers l'âge de 34 ans, pour faire place à des infiltrations sanguines à l'occasion de la cause la plus légère. Des accidents analogues ont sévi de la manière la plus remarquable sur presque tous les membres de sa nombreuse famille.

OBSERVATIONS IV et V.

(GRENAUDIER, Thèse de Paris, 1882.)

Malade de l'observation XXXII. Dans les antécédents de ce malade on relève l'histoire d'un hématome du mollet et d'un hématome du bras.

I. — En 1858, à Clermopt-Ferrand, étant à cheval, il sent comme un coup de couteau au mollet gauche; il peut encore se tenir à cheval, mais il s'affaisse en mettant pied à terre. Pendant les quelques heures qui suivent, il se produit une tuméfaction du mollet gauche avec douleur violente. L'ecchymose envahit rapidement tout le membre inférieur qui devint noir, tuméfié, lisse et luisant. Chaque jour, le chirurgien voulait lui fendre le mollet. Mais, peu à peu, l'épanchement se résorbe et disparaît. Il reste alité six semaines.

II. — La semaine avant Pâques 1882, ayant été saisi par un de ses amis au niveau du biceps, il vit, moins de vingt-quatre heures après, apparaître en ce point une large ecchymose qui s'étendit rapidement jusqu'au poignet, sans le dépasser. En même temps, le membre devint le siège de gonflement et d'engourdissement. Les mouvements y furent très gênés.

OBSERVATION VI.

[COSTE (Emile), Thèse de Paris, 1900.*]

V... Lucien, relieur, âgé de 14 ans, entre à l'hôpital des Enfants Malades, salle Giralaldès, n° 20, le 24 novembre 1899.

Antécédents héréditaires. La mère du petit malade est d'une très bonne santé; le père de celle-ci fut atteint, dès son enfance, d'épistaxis rebelles qui s'atténuèrent avec l'âge; il mourut, loin de sa famille, à 52 ans, d'accidents mal déterminés. Le peu que l'on sait est qu'il mourut subitement à la suite d'une chute très légère.

Le petit malade a un frère qui, jusqu'à l'âge de 20 ans, fut atteint de la même infirmité que lui; ses saignements de nez très fréquents n'ont fini qu'à l'époque de son service militaire qu'il achève actuellement. Un autre frère et une sœur sont en bonne santé et n'ont jamais présenté de tendance spéciale aux hémorragies.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 10 ans, il ne présenta lui-même rien d'anormal; il eut une rougeole, qui évolua sans complications, vers l'âge de 5 ou 6 ans. Cependant, il était sujet à des épistaxis répétées mais ne présentant pas de gravité.

A l'âge de 10 ans apparaissent des hémorragies inquiétantes; à certains moments, les épistaxis se renouvellent quotidiennement et plusieurs fois par jour, s'accompagnant de maux de tête variables dans leur intensité. Le moindre coup qu'il se donne, le moindre froissement qu'il subit, sont l'origine de suffusions sanguines étendues.

Le 20 juin 1899, il entre une première fois aux Enfants Malades, salle Baffos, pour une tumeur siégeant à la partie postéro-interne de la cuisse gauche; cette tumeur est volumineuse, dure, tendue, fluctuante. Malgré la présence des épistaxis, le diagnostic posé est celui d'abcès froid, et l'on décida de ponctionner cette tumeur. La nature sanguine du liquide fut alors reconnue et le diagnostic fut modifié : hématome chez un hémophile. Il sortit guéri le 20 juillet. Pendant ce premier séjour à l'hôpital, l'évolution avait été apyrétique.

Le 24 novembre 1899, il se présente de nouveau à l'hôpital, son faciès dénote l'anémie la plus profonde. Les muqueuses sont décolorées, les lèvres légèrement violacées; les téguments ont la couleur de la cire jaune; le pouls est fréquent, la respiration est courte; tout dénote un état général grave et la figure anxieuse du malade ne fait que confirmer cette opinion. Si l'on découvre l'enfant, on est d'abord frappé par des ecchymoses multiples, se trouvant à plusieurs points, à droite sur la face interne de la cuisse, sur la crête du tibia en deux ou trois endroits. Ces ecchymoses, de forme variable, ont des teintes diverses variant du jaune au noir.

Sa cuisse gauche est énorme; les mensurations comparées des deux cuisses donnent :

Contre le périnée, côté sain, 38 cm.; côté malade, 52 cm.;

Au milieu de la cuisse, côté sain, 36 cm.; côté malade, 49 cm.;

Contre le genou, côté sain, 28 cm.; côté malade, 34 cm.

Le membre semble renfermer une tumeur appartenant à la région externe, ce qui lui donne un axe curviligne, convexe en dehors, et ferait penser à une fracture du fémur sous-jacente à la tumeur, si l'intégrité du squelette n'était constatée par les mouvements qu'on peut imprimer à la cuisse. Cet énorme manchon qui en enveloppe la moitié externe est de coloration noire, plutôt verdâtre que violacée, avec une teinte rouge sombre vers sa partie centrale.

La tumeur est diffuse, sans limites précises, se perdant en haut dans la fesse, en bas dans le mollet. Le pli de l'aîne et le creux poplité sont comblés et ont disparu; tout cette masse paraît très tendue, la peau est luisante. La fluctuation y est nette à sa partie moyenne, moins précise sur les bords, où elle est diffuse.

La jambe traduit par un œdème considérable la gêne de la circulation en retour. Et le malade souffre même au repos, la pression sur la tumeur réveille une vive sensibilité, le moindre mouvement imprimé au membre inférieur fait naître la douleur.

Pendant cet examen, l'enfant se plaint d'essoufflement; l'auscultation du cœur révèle un bruit de souffle au niveau de l'artère pulmonaire. Température : 39°2.

Cet ensemble symptomatique grave, tant au point de vue général qu'au point de vue local, ne remonte qu'à quelques jours. L'enfant prétend bien avoir reçu un coup de pied à la cuisse, mais ni lui ni ses parents ne semblent y attacher beaucoup d'importance; et d'ailleurs la tumeur ne s'est développée que deux ou trois jours après, et elle ne s'est accrue que lentement et progressivement; alors des lipothymies, des vertiges, de la céphalée ont apparu pendant que la cuisse prenait de jour en jour un volume effrayant. Les parents alors n'ont plus hésité à le conduire dans le service.

Le membre malade est mis dans une gouttière et on fait une légère compression avec une bande de toile.

Le 26, la température monte à 40°2.

Le 27, la température est à 38°2. La cuisse est moins volumineuse, la peau moins tendue, moins lisse, moins colorée. Le malade

est moins abattu; il ne souffre plus. Mais les veines de la jambe sont dilatées et, dans le pli de l'aîne, on sent facilement des ganglions engorgés.

Le 29, la cuisse a encore diminué de volume; la fièvre est tombée. Les ecchymoses qu'il présentait un peu partout sur le corps ont disparu.

Le 4 décembre, la coloration de sa cuisse est redevenue normale.

Les 24 et 25 décembre, le malade a des épistaxis peu abondantes que l'on arrête sans difficulté.

Au moment de son départ pour La Roche-Guyon, le 22 janvier 1900, sa cuisse n'a pas encore retrouvé sa grosseur normale.

Nous avons revu ce jeune malade le 19 mai 1900. Pendant son séjour à La Roche-Guyon, il nous dit avoir eu des épistaxis abondantes et assez répétées qui étaient arrêtées par l'absorption de quinine. Ces épistaxis étaient accompagnées de violents maux de tête.

La cuisse a repris son volume normal, les ganglions inguinaux ont disparu et le jeune malade travaille depuis une quinzaine dans un magasin de reliure. Il y a quelques jours, ses deux coudes ont subi un gonflement accompagné de douleurs; la peau était rouge et il n'a pu travailler de quatre jours. Ses épistaxis seraient, depuis son retour de La Roche-Guyon, moins fréquentes et moins abondantes.

OBSERVATION VII.

(LESNÉ, POWILEWIEZ et RÉCAMIER, *Bull. Soc. de pédiatrie de Paris*, 1921.)

Malade âgé de 15 ans, dans les antécédents duquel on ne relève aucune hémophilie familiale.

Son hémophilie a débuté à 19 mois; dès qu'il a commencé à marcher, sa mère a remarqué qu'à la moindre contusion, des ecchymoses étendues apparaissaient.

Depuis l'âge de 2 ans, l'enfant a été suivi dans le service où il vient consulter et où il entre pour des périodes plus ou moins longues. Il a présenté toute une série d'accidents hémophiliques survenant tous les cinq à six mois; épistaxis, hémarthroses, gingi-

vorragies; il a fait trois hématuries dont l'une en 1915 au cours d'une scarlatine.

En septembre 1920, grosse hémarthrose du genou droit avec hématome de la loge postérieure de la cuisse entraînant secondairement par compression des lésions nerveuses dans le domaine du sciatique avec troubles de la motilité, de la sensibilité, de la réflexivité, troubles trophiques et réaction de dégénérescence.

Des examens de sang nombreux ont été pratiqués; en dehors d'une formule sanguine variable avec la fréquence des hémorragies, on note comme temps de saignement, 2 minutes à 3 minutes, mais le temps de coagulation, par contre, est très variable et oscille entre 8 minutes et 2 heures.

OBSERVATION VIII.

(GAYET, *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1895.)

Petit malade de 12 ans, assez bien portant, mais de constitution frêle et délicate. Depuis un an, a présenté des signes d'hémophilie. Il a eu, à plusieurs reprises, des hémorragies sérieuses par le nez et même par les gencives. Ecchymoses faciles.

Un jour, sans cause apparente, il est pris de douleurs extrêmement vives dans le bras gauche avec gonflement rapide des parties molles dans toute la circonférence du bras et presque dans toute sa longueur.

Ce gonflement s'accroît rapidement et, quand le médecin revoit le malade, vingt-quatre heures après sa première visite, il trouve la région entièrement dure et tendue avec peau luisante à sa surface et teinte brunâtre dissimulée par-dessous. La moindre pression, le moindre contact sur ce tégument tendu à l'excès sont extrêmement douloureux.

En raison de ce tableau symptomatique, en raison de la température montée à 39°, le praticien eut peur d'un phlegmon suraigu et fit entrevoir la possibilité d'une opération. La famille se refusa tout à fait à cette proposition et on fut obligé d'attendre.

On n'eut pas, tout d'abord, lieu de s'en repentir, car, quelques

jours après ce début à grand fracas, l'empâtement avait diminué notablement, les douleurs étaient beaucoup moins vives et une large ecchymose apparaissait le long du bras. C'est alors seulement que le mal fut rapporté à sa véritable cause : l'hémophilie du sujet; et, du reste, on en eut bientôt la confirmation. L'hématome se ramollit au point de donner la sensation d'une immense poche fluctuante, prête à s'ouvrir. Les parents consentirent cette fois à l'ouverture de ce qu'ils croyaient être un abcès et l'incision de la poche ne donna issue qu'à un liquide sanguinolent et à une grande quantité de caillots.

OBSERVATION IX.

(GAYET, *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1895.)

Petit malade, âgé de 9 ans, entre le 22 septembre 1894, à l'hospice de l'Antiquaille (Lyon). Père bien portant, mère cardiaque, sœur bien portante. Personnellement, ni affection pulmonaire ni affection nerveuse.

Depuis sa naissance, hémophilie qui paraît avoir diminué ces dernières années. Epistaxis longues et répétées, hémorragies abondantes pour la moindre lésion cutanée. Les ecchymoses sont toujours très considérables, noires, difficiles à guérir.

Il y a environ trois mois, chute sur le genou droit, l'articulation enfle le lendemain; douleurs à la pression. L'enflure disparaît au bout de huit jours. Il y a deux mois, nouvelle chute à la suite de laquelle le genou grossit, devient douloureux, la jambe entière enfle aussi. Douleurs violentes, la jambe est en flexion, à 25° environ. Au bout de quinze jours, la douleur et l'enflure disparaissent, mais la flexion de la jambe persiste, ainsi qu'une grosseur mal limitée à la partie interne du genou. M. Gayet fait remarquer en note qu'il ne faut pas attacher beaucoup d'importance aux chutes sur le genou, qui ne sont pas très certaines. Les accidents signalés tenaient sans doute à des poussées hémorragiques survenant dans l'articulation.

A l'entrée, la jambe n'est pas enflée, elle est en légère flexion

sur la cuisse; le genou est un peu gros, léger empâtement de chaque côté du tendon rotulien; point nettement douloureux en arrière, dans le creux poplité. L'aspect général est celui d'une tumeur blanche à forme d'hydrops tuberculosus très étendu.

L'enfant boite un peu depuis le début des accidents.

Pendant la nuit qui a suivi l'entrée, la jambe a commencé à enfler; le lendemain, l'aspect avait totalement changé. La jambe entière était enflée; peau tendue, lisse, réseau veineux sous-cutané très apparent au genou. L'enfant pousse des cris dès qu'on appuie sur le membre, tout le long du tibia.

L'aspect général est celui d'un phlegmon diffus de la jambe, sauf que la coloration est plutôt pâle, rosée seulement à la partie postérieure.

On immobilise le membre dans une gouttière plâtrée.

Le 27 septembre, l'enflure a encore augmenté; mais, à la partie postérieure, on trouve une coloration nettement ecchymotique jaunâtre, violacée par endroits, avec phlyctènes à la partie externe. Ces signes et les renseignements fournis par la mère permettent de poser le diagnostic d'hématome chez un hémophile. Le 15 octobre, on pratique une incision. Il sort une sérosité sanguinolente; en outre, on retire de très gros caillots dont le poids total s'élève à 230 grammes.

La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée.

Le 28 janvier 1895, le malade a encore un peu de flexion de la jambe qu'il ne peut étendre complètement. Il marche assez difficilement par suite de la raideur articulaire du genou et du cou-de-pied.

L'hématome est complètement guéri.

OBSERVATION X.

(LAUNAY, Thèse de Paris, 1900, p. 31.)

Le nommé Bachel (Frédéric), garçon de café, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 1^{er} octobre 1899, salle Broca, lit n° 7, dans le service de M. le Docteur Picqué.

Nous n'avons rien relevé dans ses antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont encore vivants et bien portants; il a un frère et une sœur en bonne santé; et, bien que l'attention de sa famille ait été éveillée sur la facilité avec laquelle il saignait, jamais on n'a rien constaté d'analogue chez ses ascendants ou ses collatéraux.

Son histoire pathologique personnelle est également fort peu importante en dehors de ce qui a rapport à l'hémophilie. Il raconte avoir eu, à 11 ans, le tétanos, mais c'est un fait qui n'est pas certain, car on ne trouve pas de porte d'entrée à cette maladie; il présenta bien des contractures généralisées, mais elles furent peu durables. En quinze jours environ, tout était rentré dans l'ordre.

Le passé de ce malade comme hémophile est, au contraire, des plus curieux.

A l'âge de 7 ans, il a commencé à avoir des épistaxis qui se prolongeaient pendant dix à quinze jours, résistant aux agents thérapeutiques ordinaires et le laissant dans un profond état de faiblesse et d'anémie. Ces épistaxis se renouvelaient assez fréquemment; il en a eu une moyenne de trois ou quatre par an et cet état s'est prolongé jusque vers l'âge de 17 ans. Depuis cette époque, il ne saigne plus du nez.

Vers l'âge de 16 ans, à la suite d'une des nombreuses arthropathies qu'il a présentées, et dont nous parlerons ci-après, on lui fit une application de sangsues sur un genou. Lorsque ces dernières furent retirées, la plaie produite par elles continua à saigner et, pendant quarante-huit heures, il fut impossible d'arrêter l'hémorragie.

A dix ans, le malade se coupa au doigt; il reste encore une légère cicatrice, trace de cette coupure, à l'index gauche.

Cette coupure fut, paraît-il, le siège d'une hémorragie qui dura pendant une semaine au moins.

L'histoire des arthropathies qu'a présentées le malade n'est pas moins curieuse.

A 3 ans, il a eu la cheville droite cassée. La jambe entière fut très gonflée et nécessita une série d'appareils de compression.

Ce malade a, de plus, présenté une série de lésions articulaires très curieuses. Depuis l'âge de 5 ans, il a eu vingt-trois arthropathies des cous-de-pied. Les deux jointures ont été prises à peu près avec la même fréquence.

Les accidents se produisaient quelquefois à la suite d'un faux pas; souvent ils survenaient sans cause apparente.

Chacune de ces arthropathies a nécessité un repos de huit à dix jours et s'est accompagnée d'un gonflement considérable de la jointure.

De plus, trois fois il a présenté des arthropathies du côté des genoux. Ces affections se sont accompagnées d'épanchements sanguins intra et extra-articulaires. Le malade raconte très bien que, non seulement son genou grossissait, mais que la cuisse correspondante devenait le siège d'une tuméfaction considérable. La tumeur prenait une coloration lie de vin, puis se décolorait peu à peu pour devenir jaune et finalement reprendre sa coloration normale.

Le malade entre à l'hôpital le 1^{er} octobre. Il raconte que, quinze jours auparavant, à la suite d'une grande fatigue, il a ressenti dans le genou droit une grande douleur qui l'a forcé à se reposer. Le lendemain, son genou était gonflé et, de plus, la cuisse correspondante était le siège d'une tuméfaction énorme. Lorsque le malade est entré, il était pâle, son pouls était rapide, la température oscillait entre 37°5 et 38 degrés.

A l'examen de son membre inférieur droit, on constate : 1° que le genou est le siège d'un épanchement assez notable; 2° qu'il y a une tumeur occupant à peu près toute la hauteur de la cuisse. Cette tumeur n'est pas très douloureuse, elle présente une fluctuation des plus nettes; pas de rougeur, pas de chaleur. La peau a sa coloration normale.

En présence de ces symptômes, on pense soit à un abcès d'origine ostéomyélique, soit à un abcès froid.

M. Picqué fait une large incision à la partie externe de la cuisse, et l'on voit sortir une grande quantité de caillots sanguins. La poche est vidée complètement et bourrée avec de la gaze aseptique. Le volume des caillots dépassait un litre.

On fait un pansement compressif. Pendant deux jours, le pansement est resté en place, il suinte légèrement. Le sang arrive à le traverser et forme une tache dans le lit.

Le second jour, le pansement est enlevé. On trouve des caillots au fond de la plaie, qui est bourrée de nouveau.

Le lendemain, le suintement avait été beaucoup plus considérable que les jours précédents. Le malade est complètement décoloré. Son pouls est très rapide et très petit; il a des lipothymies, des vomissements. On refait le pansement avec une compression beaucoup plus énergique. On administre au malade 4 grammes d'ergotine en potion et on lui fait une injection intraveineuse de sérum artificiel (1.700 grammes). La plaie nécessitée par cette injection est énergiquement comprimée.

Les jours suivants, l'hémorragie s'arrête, la plaie de la cuisse est légèrement infectée, mais ne saigne plus. Le malade est soumis à un régime tonique; il se remonte vite. Pas de température anormale. En ce moment, sa sortie de l'hôpital est une question de jours.

Nous reportant aux recherches de M. Hayem sur le sang des hémophiles, nous avons examiné celui de notre malade. Voici le résultat de nos recherches.

A la température de 15° et après deux heures, le sang n'est pas encore coagulé. Le lendemain, on a un caillot, avec couenne à la partie supérieure. La numération globulaire a donné :

Globules rouges, 30.000.

Globules blancs, 4.200.

OBSERVATION XI.

(Obs. de RAMOND, en partie. Conf. de clin. méd. pratique,
5^e série, 1926, p. 2.)

Homme de 35 ans. Pendant toute sa vie, il s'est fait remarquer par la facilité avec laquelle il faisait des hémorragies à l'occasion des traumatismes les plus insignifiants.

Le début apparent de sa diathèse hémorragique remonte à son tout jeune âge. Il avait environ 1 an et demi à 2 ans; il était

monté sur un banc; il tomba sur le sol, la tête la première. Aussitôt apparut sur le front une bosse sanguine si volumineuse et à développement si rapide, que l'on fit venir d'urgence un médecin. Celui-ci eut l'idée, malencontreuse, d'inciser cet hématome. Il s'en échappa du sang liquide et la bosse s'affaissa, mais l'hémorragie externe continua pendant plus de vingt-quatre heures, au grand affolement de tout l'entourage.

OBSERVATION XII.

(BROCA et WEIL, *Bull. Soc. de chir.*, 1910, p. 746.)

L... (Paul), 17 ans, s'était fait au dos de la main une petite plaie qui s'était compliquée d'un grand décollement avec hématome sur toute cette face dorsale, et, par la petite plaie, coulait goutte à goutte le sang, qu'on n'avait pu arrêter par aucun des moyens habituels. Car il fallut que le malade fût à peu près exsangue pour qu'il se décidât à nous consulter : il savait bien que nous arrêterions l'hémorragie, mais il ne voulait pas rester à l'hôpital.

Sous chloroforme fut pratiqué un large débridement; les caillots furent enlevés, la plaie saupoudrée de sérum sec et tamponnée de compresses imbibées de sérum antidiphthérique; avec cela, une injection sous-cutanée de 20 cc. du même sérum.

Il ne coula plus une goutte de sang dans notre pansement qui resta cinq jours en place; il y eut un suintement insignifiant (tout au plus celui d'une plaie semblable chez un malade ordinaire) quand furent enlevés les tampons, après quoi la plaie fut pansée à plat et guérit sans incident.

Il s'agit cependant d'un grand hémophile, dont le sang ne coagule qu'en cinq heures et demie.

OBSERVATION XIII.

(MICHON, *Bull. Soc. de chir.*, 1910, p. 442.)

Homme de 29 ans entré en janvier 1908 dans le service de M. Lannois, à Lariboisière. Ce malade, à l'âge de 13 ans, avait eu

une hémarthrose du genou qui fut incisée. La plaie d'arthrotomie saigna durant quatre mois. L'état fut des plus graves. Depuis, il eut à plusieurs reprises des hématuries.

Il entra à Lariboisière pour une petite plaie de la main droite par pointe de ciseaux. Il s'était formé un hématome de la face palmaire; cet hématome s'était infecté, une traînée de lymphangite ecchymotique siégeait sur tout l'avant-bras; la température était très élevée et l'état général grave. On commença par pratiquer une injection de 20 cc. de sérum antidiphthérique, mais, en présence des phénomènes infectieux, cela était insuffisant. Je fis donc, avec anesthésie à la cocaïne, une incision de la paume de la main, évacuai de nombreux caillots. Aucun vaisseau important ne saignait, mais il y avait un suintement en nappe assez important. La plaie ne fut pas suturée; un tampon imbibé de sérum fut appliqué sur elle. La guérison eut lieu très simplement sans aucun incident, la fièvre tomba et nul suintement sanguin ne se produisit. Cependant, le malade, qui avait aussi de l'hématurie, présenta encore, pendant plusieurs jours, des urines sanglantes. Mais la guérison fut enfin complète et rapide.

OBSERVATION XIV.

(WALTHER, *Bull. Soc. de chir.*, 1910, p. 415.)

Le malade entre l'après-midi du 11 avril, pour des hémorragies successives survenues à la suite de l'incision faite huit jours auparavant, à Saint-Antoine, d'un hématome de la région occipitale supérieure droite.

Il prévient immédiatement qu'il est hémophile. A trois reprises, à la suite d'avulsions de dents, il eut des hémorragies prolongées. A l'âge de 10 ans, il fut ainsi obligé, après l'extirpation d'une dent, de se faire faire à Bichat des cautérisations répétées.

Il sait que sa mère est sujette à des métrorragies durant quinze à vingt jours; que son grand-père, également, était sujet aux hémorragies. Il serait resté trois mois à Bichat pour une coupure du pouce. Aucun antécédent d'hémophilie chez ses ascendants paternels.

En dehors de ces hémorragies, le malade n'a eu qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans, sans complications, en particulier sans complications hémorragiques.

Le 3 avril dernier, en rentrant chez lui, dans la nuit, vers 1 heure, il a été frappé par surprise d'un coup très violent à la tête et perdit connaissance.

Au bout d'un quart d'heure environ, il revint à lui et constata qu'il saignait. Néanmoins, il peut arrêter l'hémorragie en comprimant la plaie avec son mouchoir.

Le lendemain, il ne perdait plus de sang et recommençait à travailler. Il s'était formé, au point où avait porté le coup, une tumeur grosse comme un petit œuf de pigeon.

Inquiet de ne pas la voir diminuer huit jours après, il va à la consultation de Saint-Antoine. On incise l'hématome et immédiatement une hémorragie se produit, assez abondante pour qu'on le dirige sur un des services de l'hôpital.

On lui fait un tamponnement, l'hémorragie s'arrête et on le renvoie chez lui.

Deux jours plus tard, il revient se faire panser. On change les compresses superficielles.

Rentré chez lui, il est pris de maux de tête violents, chaleurs occipitales et frontales, revenant par paroxysmes et il fait appeler le médecin, le Docteur Coulomb.

Celui-ci défait le tamponnement et essaie de nettoyer la plaie.

Une nouvelle hémorragie se produit. On refait un tamponnement et on utilise tous les moyens hémostatiques médicaux : potion au chlorure de calcium, antipyrine en cachets, injection de sérum antidiphtérique, injection d'ergotine.

Le lendemain, nouvelle hémorragie, précédée d'une exacerbation des douleurs de tête.

Cette hémorragie aurait été très forte. Le Docteur Coulomb, sans débrider la plaie, cherche s'il n'y aurait pas un vaisseau à lier. Il n'y parvient pas, refait de la compression et une injection d'ergotine.

Le surlendemain, nouvelle hémorragie, la quatrième; on envoie le malade à la Pitié.

A son arrivée, le malade a les muqueuses décolorées, les téguments de la peau, les doigts ont un aspect cireux.

Après avoir défait le pansement on constate, dans la région occipitale droite, vers la partie supérieure, la saillie de l'ancien hématome portant à sa partie inférieure une incision de 2 centimètres.

La cavité est tamponnée par une mèche et, comme la plaie ne saigne pas, on laisse les tamponnements en place. On nettoie la région et on refait le pansement.

On constate, en même temps, que toute la région est extrêmement sensible au toucher, comme hyperesthésiée. Au niveau de l'hématome, c'est à peine si on peut la toucher.

Tout le cuir chevelu est sensible. La tête est pesante et endolorie.

Température à l'arrivée : 38°; pouls : 90.

Le malade reçoit, à son arrivée, une injection de sérum de cheval frais.

Dans la nuit qui suit son arrivée, vers 5 heures du matin, la plaie recommence à saigner. On resserre le tamponnement. L'hémorragie diminue sans s'arrêter.

Le lendemain, ce suintement persistant, on intervient.

La tête est rasée; puis désinfection à la teinture d'iode. On fait un tracé à la stovaine prolongeant, par en haut, la direction de la première incision, qu'on prolonge de 4 centimètres.

On tombe dans la cavité d'un hématome rempli de caillots, les uns mous, les autres organisés qu'on enlève et l'on reconnaît vite que l'hémorragie vient de la partie supérieure de la cavité où saignent des vaisseaux périostiques. On découvre, en même temps une fissure osseuse, longue de 1 cm. 5, saignant médiocrement.

N'arrivant pas à placer de ligature sur les vaisseaux, on prend le parti de nettoyer aussi bien que possible la plaie, et de fermer par des points profonds hémostatiques.

Nettoyage à l'eau oxygénée pure et à l'alcool. On dispose quatre crins doubles chargeant toutes les parties molles sur toute la hauteur de la plaie; l'hémorragie s'arrête.

On profite de l'intervention pour recueillir environ 20 cc. de sérum. Ce sang, recueilli à 11 h. 5, ne s'est coagulé qu'à 12 h. 50.

Depuis, les hémorragies n'ont pas reparu. Les fils qui coupaient ont été enlevés au bout de cinq jours sans hémorragie nouvelle. La plaie n'est pas complètement réunie et suppure légèrement.

La température est tombée, le surlendemain de l'intervention, à 37° et s'est maintenue.

Actuellement, la région est encore sensible, mais l'hyperesthésie du début a disparu. Les maux de tête ont complètement disparu.

L'anémie est moins prononcée, les muqueuses et la peau commencent à se recolorer.

OBSERVATION XV.

(ELIÇAGARRAY, Thèse de Paris, 1907. Résumée.)

Journalier, 48 ans, entré, le 29 mai 1907, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, dans le service du Docteur Triboulet.

Antécédents héréditaires. — On ne relève, dans sa famille, aucun antécédent hémophilique. Parmi ses enfants ou ses neveux, pas un hémophile.

Antécédents personnels. — A 3 ans, il se contusionne le front en tombant et fait un hématome suppuré. A 6 ans : hémarthrose du genou droit, qui est resté incomplètement ankylosé. Dans la suite : épistaxis spontanées et abondantes, ecchymoses, à la moindre coupure saignait interminablement. A 18 ans : hématuries. A 24 ans : stomatorragies.

A la même époque remontent les premiers hématomes. Ils se traduisent par un engourdissement du membre, par une douleur vive, localisée, par la tuméfaction de la région qui reste douloureuse jusqu'à ce qu'après quelques jours apparaisse une vaste ecchymose qui soulage le malade, en même temps que le gonflement diminue. Ces hématomes ne se produisent jamais qu'au membre supérieur droit (bras, avant-bras), et au membre inférieur gauche (cuisse ou jambe). Séparés au début par des intervalles de trois à quatre ans, ils semblent devenir plus fréquents : on en note il y a deux ans, puis il y a six mois et encore actuellement. Quand le malade est porteur d'un hématome, il a observé que les autres hémorragies survenaient moins facilement : il vient d'avoir une

coupure de rasoir qui, contrairement à ce qui se passe d'habitude, n'a presque pas saigné.

Pas d'alcoolisme; pas de syphilis ni d'antécédents hépatiques.

Etat actuel. — Large ecchymose, ayant la surface de la paume de la main, située à la partie supérieure de la face antéro-externe du bras droit. A la cuisse gauche, dans la région du vaste externe, tuméfaction énorme, dure, tendue, douloureuse spontanément et surtout à la palpation; circulation collatérale. On dirait un sarcome.

Tout cela s'est produit sans le moindre traumatisme. L'hématome du bras daterait de huit jours; et celui de la cuisse, de trois jours seulement.

On constate en outre l'ankylose du genou droit, quelques plaques de psoriasis, et un épanchement dans le genou gauche.

Aucune autre lésion. Poumons et cœur sains, foie et rate normaux; urine claire, ni sang ni albumine; fonctions digestives bonnes; état général bon. Température, 38°.

L'examen du sang montre un retard dans la coagulation.

On injecte 20 cc. de sérum de six semaines. Aucune réaction générale ou locale.

11 juin 1907 : le malade examiné présente toujours ses ecchymoses au bras et à la partie externe de la cuisse dont le volume commence à diminuer. L'hématome est dégonflé, le genou diminué de trois quarts : il ne souffre plus. Jamais un hématome n'a duré chez lui si peu de temps; le plus court, auparavant, l'a tenu six semaines au lit, le plus long, trois mois.

Le malade, sorti de l'hôpital le 17 juin, revient se faire examiner au laboratoire. Il est guéri, quoique sa jambe soit encore raide.

OBSERVATION XVI.

(SICARD et GUTMANN,

Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1912. (Resumée.)

A la suite d'un travail un peu plus intense du bras droit, (peut-être choc en dormant), survint un très vaste hématome du mem-

bre supérieur, décollant profondément les masses musculaires du biceps, du long supinateur, et fusant jusqu'au-dessous des muscles extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras droit.

En même temps, gonflement douloureux de l'articulation avec hémarthrose postérieure.

Le plexus brachial comprimé provoquait des douleurs locales assez vives.

La résorption du sang se fit en trois à quatre semaines.

A trois ou quatre reprises mêmes incidents hémorragiques, toujours au niveau du membre supérieur droit.

12 décembre 1911, hématome considérable du bras droit avec hémarthrose du coude.

Traitement. — 15 décembre 1911 : injection intra-musculaire de 0 gr. 15 de nucléinate de soude en solution à 2 p. 100 de sérum artificiel (solution aseptique tyndalisée). Injection douloureuse pendant quelques heures, légère réaction fébrile à 38° pendant quarante-huit heures environ.

Du 15 décembre au 15 janvier : 5 injections de nucléinate de soude, toujours à dose moyenne de 0 g. 15 par injection et à intervalles de cinq à six jours environ. Une fois se produisit un léger hématome profond consécutivement à l'injection.

Dès la troisième injection, l'hématome se résorbait, aucune ecchymose cutanée ne se reproduisait et on ne pouvait plus provoquer le signe de la réaction ecchymotique cutanée à la pression digitale légère.

Il ne persiste plus que certains troubles paresthésiques dus à la compression ancienne du plexus brachial.

OBSERVATION XVII.

(Obs. de LECLERC et CHALIER, en partie.

Lyon médical, 1912, n° 41, p. 590.)

B... (André), 17 ans. Dans les antécédents : deux frères morts d'hémophilie; personnellement, manifestations hémophiliques dès l'enfance; cliniquement; phénomènes surtout articulaires.

Le 13 février 1912, on relève une tuméfaction de toute la région sublinguale. Elle est survenue dans la nuit, sans cause occasionnelle, en particulier indépendamment de tout traumatisme. Tout le plancher de la bouche et la région sus-hyoïdienne sont le siège d'un gonflement de consistance mollasse, s'arrêtant en bas vers l'os hyoïde, fusant de chaque côté le long du maxillaire jusqu'à l'angle de la mâchoire. En faisant ouvrir la bouche au malade on voit la saillie qui occupe le plancher de la bouche se présenter avec un aspect ecchymotique, soulevant et refoulant légèrement la langue. La déglutition, la parole sont un peu gênées, mais il n'existe aucune altération de l'état général; la fièvre fait défaut. Des phénomènes semblables survenus il y a une quinzaine de jours auraient disparu, sans traitement, au bout de trois à quatre jours.

Le 17 février, la tuméfaction du plancher buccal a disparu à peu près complètement sans aucun traitement. La peau de la région sus-hyoïdienne est violacée, attestant ainsi la nature hémorragique de la lésion.

OBSERVATION XVIII.

(Obs. de RAMOND, en partie.

Conf. de clin. méd. pratique, 5^e série, 1926, p. 2.)

Malade de l'observation XI.

On relève dans son histoire des accidents hémorragiques nombreux : ecchymoses sous-cutanées après des traumatismes très légers; saignements prolongés à la suite de plaies ou de coupures; épistaxis; hémorragies intestinales à plusieurs reprises; hémarthroses fréquentes; hématomes; hématurie rénale.

En 1922, un énorme hématome spontané a, un beau matin, infiltré sa langue, au point d'en tripler au moins le volume. La bouche était entièrement obstruée, impossible à fermer; la langue, violacée, presque noire, ulcérée et presque sphacélée contre les chicots dentaires, laissant suinter une sanie sanglante, faisait hernie à travers l'orifice buccal. On pouvait craindre l'asphyxie. Il

était impossible de songer à faire absorber de la nourriture. Malgré l'apparente gravité de cette complication, tout est rentré dans l'ordre en quelques jours.

Plus tard : hématurie rénale; hémorragies provoquées accidentelles, ecchymoses, poussées articulaires.

Mort le 3 avril 1924 par hémorragie intestinale, malgré un traitement anti-hémorragique (injections d'hémostyl, d'anthéma).

OBSERVATION XIX.

(LESNÉ, POWILEWIEZ et RÉCAMIER,
Bull. Soc. de pédiatrie de Paris, 1921.)

Malade de l'observation VII.

Le 7 septembre 1921, brusquement, le malade éprouve une vive douleur au niveau du cou et en même temps la région sous-maxillaire augmente de volume. L'enfant est transporté au milieu de la nuit à l'hôpital.

Le 8 au matin, à l'examen, on note une gêne marquée de la respiration, la déglutition est difficile et le malade ne peut parler.

Une tuméfaction considérable existe au niveau de la région sous-maxillaire, tuméfaction tendue et très douloureuse. Un trismus empêche le malade d'ouvrir la bouche et quand on découvre la face externe des gencives inférieures, on voit que celles-ci sont rouges, tuméfiées, « comme décollées des dents ». La température est de 38°8.

Au cours de l'examen, l'enfant est pris brusquement d'une syncope; immédiatement, une trachéotomie est pratiquée; malgré cette intervention, on ne peut le ranimer.

L'autopsie a permis de faire les constatations suivantes :

Au niveau du larynx, œdème marqué, surtout au niveau des replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse est molle, tremblotante, l'épiglotte est boursoufflée.

Autour du larynx, en avant et latéralement, s'étend une infiltration sanguine diffuse qui envahit en haut toute la région sous

maxillaire et le plancher de la bouche. Cette infiltration fuse même jusqu'à la région parotidienne.

Aux poumons, lésion d'œdème, aspect turgescents, le doigt y laisse un godet et, à la coupe, il s'écoule un liquide séreux et aéré.

Le foie est congestionné, pèse 1 kg. 300, la rate congestionnée également pèse 230 grammes. A signaler l'existence d'un thymus pesant 18 grammes. Enfin, à l'ouverture de l'abdomen, on a découvert un hématome intra-musculaire au niveau de l'insertion sternale des grands droits.

OBSERVATION XX.

(FIESSINGER et BARBILLON,

Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1922.)

Malade de l'observation XXXVI.

Le 14 janvier 1922, le matin, nous sommes appelés d'urgence.

Max B... est malade depuis une huitaine de jours : grippe, fièvre oscillant entre 38°5 et 39°5. Courbature, céphalalgie, douleur au niveau du bras gauche et de la jambe droite; on trouve de l'empatement dont il est facile de reconnaître la nature hémorragique; en même temps gêne dans la bouche, sous la langue : la muqueuse du plancher buccal est congestionnée et de couleur rouge sombre. Un peu de gêne de la mastication. En quelques heures, les phénomènes augmentent d'intensité et, à la fin de l'après-midi, tout le plancher de la bouche est envahi par un volumineux hématome; la langue est repoussée en haut par une tuméfaction noirâtre qui s'étend dans tout le sillon entre la langue et la mâchoire inférieure, les mâchoires sont écartées; le gonflement s'étend au-dessous du maxillaire occupant toute la région sus-hyoïdienne et sous-maxillaire jusqu'à l'angle de la mâchoire. Gêne de la déglutition et de la parole. Urines hématuriques. On fait une piqûre de 10 cc. d'hémostyl.

On pratique une ponction avec la pointe du thermocautère à

droite du frein de la langue, sur la partie la plus saillante de l'hématome et on applique des compresses glacées sur le cou.

A deux heures du matin, la gêne croissante de la respiration augmente et inspire les plus vives inquiétudes. On fait une deuxième piqûre d'hémostyl.

Le 15 janvier 1922, nous voyons ce petit malade ensemble. Température 38°8; pouls 120.

Nous faisons une transfusion citraté de 20 cc. de sang maternel et le soir une injection de 5 cc. de solution de peptone à 10 p. 100, on continue les lavages de bouche à l'eau oxygénée et les compresses glacées. Le soir : 39°5, pouls 130.

Le 16 janvier, l'hématome a encore augmenté, l'écartement des mâchoires est plus prononcé, la déglutition presque impossible, la respiration gênée, la voix rauque. L'infiltration sanguine a gagné la langue qui, d'un noir violacé, est repoussée contre le palais. Température 38°2 le matin, 38°6 le soir. On fait une injection de 5 cc. de peptone.

Le 17 janvier. L'hématome est stationnaire. Température 38° le matin, 38°4 le soir. Piquûre de peptone.

Le 18 janvier, l'hématome commence à diminuer de volume, la muqueuse du plancher buccal est recouverte d'une plaque de sphacèle superficiel, d'odeur fétide, et qui commence à se détacher.

Le malade commence à pouvoir boire avec un chalumeau, la voix est moins rauque.

Piquûre de peptone. Température 37°9 le matin, 38°1 le soir.

Le 19 janvier. La déglutition devient possible, la langue a beaucoup diminué de volume, les escarres superficielles se sont détachées, le gonflement sous-maxillaire a diminué notablement.

Température 37°4 le matin, 37°6 le soir. Piquûre de peptone.

Le 20 janvier, l'amélioration continue. La langue est presque à l'état normal; la parole est facile, la respiration normale, la déglutition également.

L'empâtement sous-maxillaire diminue notablement et prend une coloration ecchymotique.

Piquûre de peptone. Température 37°2 le matin, 37°4 le soir.

Le 21 janvier, appétit. Bon état général. Pas de fièvre. Dans la nuit, poussée d'urticaire sur les membres qui dure quelques heures.

Le 23 janvier, état général bon, état local normal, la muqueuse du plancher buccal a repris sa coloration naturelle; la plaie résultant de la cautérisation est guérie; persistance d'une légère teinte ecchymotique dans la région sus-hyoïdienne et sous-maxillaire, sans aucune tuméfaction.

Le 9 février 1922, Max B... vient nous voir complètement guéri. Sa coagulation veineuse = 7 minutes. Celle de sa mère = 7'35. Nous faisons cependant une transfusion de 20 cc. de sang maternel.

OBSERVATION XXI.

(UMBREIT, *Presse médicale*, 1910.)

Homme hémophile de 30 ans.

Sans raison, la langue se mit un jour à gonfler rapidement, en même temps qu'elle était le siège de vives douleurs. Elle débordait de 25 mm. des arcades dentaires et atteignait 35 mm. d'épaisseur; elle était de coloration bleu-noir, dure comme du bois, immobile; les dents s'imprimaient sur les bords. Le plancher de la bouche, la région sus-hyoïdienne était également le siège d'un hématome, mais la base de la langue était indemne. La respiration était fort gênée, la déglutition impossible. La température était à 37°5, le pouls à 120.

Tout traitement palliatif ayant échoué (ponctions répétées, badiageonnages à l'adrénaline, glace, injections de gélatine), en présence des menaces d'asphyxie, il fallait intervenir. On fit une incision sur le plancher de la bouche, on tomba sur un hématome gros comme une noix et fétide qui fut évacué et la cavité fut tamponnée.

Ce n'est que le lendemain, lors de l'ablation du tampon, qu'apparut une hémorragie qui dura cinq jours sans qu'on pût s'en rendre maître. Un nouvel hématome se reforma à la région sous-mentale.

Enfin, dix jours après le début, le gonflement de la langue commença à rétrocéder. La plaie buccale se cicatrisa lentement. Tout finit néanmoins par s'arranger et les parties malades reprirent leur aspect normal.

OBSERVATION XXII.

(MICHON, *Bull. Soc. de chir.*, 1910, p. 442.)

Malade de l'observation XIII.

Ce malade, deux mois plus tard, revint à l'hôpital pour un hématome spontané du plancher de la bouche et de la région sous-maxillaire.

La langue était soulevée, la respiration un peu gênée; en l'absence de tout phénomène infectieux, le malade fut seulement soumis aux injections de sérum, 30 cc., et surveillé au point de vue respiratoire.

L'hématome se résorba peu à peu sans qu'il fût nécessaire d'intervenir.

OBSERVATION XXIII.

(Obs. de PAISSEAU, CAYLA et HAMBURGER, en partie.

Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1925.)

Cl..., âgé de 63 ans, est admis d'urgence à l'hôpital Tenon, le 5 janvier 1925, pour une dysphagie accompagnée de gêne respiratoire très marquée. Le début des accidents remonte à quelques heures seulement ; malgré une fatigue progressive et une perte de l'appétit depuis une semaine environ, le malade avait continué son travail, lorsque, dans la journée, sans traumatisme ni aucune cause apparente, il ressent une dysphagie de plus en plus marquée en même temps que s'installe une gêne respiratoire rapidement croissante qui l'oblige à respirer la bouche grande ouverte. Il remarque, en outre, que sa voix devenait de moins en moins claire, au point qu'il est presque aphone dans la soirée.

A l'examen, cet homme, d'une extrême pâleur, présente, dans la région cervicale supérieure, accolée au maxillaire inférieur, une volumineuse tuméfaction qui déforme toute la région sus-hyoïdienne, entre le menton et l'angle maxillaire. Une vaste ecchymose recouvre assez exactement les téguments de la zone tuméfiée. La bouche est semi-ouverte et on peut voir la langue refoulée vers le côté opposé et vers l'isthme du gosier par un gros bourrelet en fer à cheval qui fait bomber le plancher buccal autour de la moitié droite de la base de la langue. La muqueuse qui recouvre cette région a pris une coloration rouge vif, elle est le siège d'un suintement sanguin continu, une salive teintée de sang s'écoule le long des commissures, le crachoir est rempli d'un liquide filant, noirâtre, très hémorragique, mais sans aucune coagulation, l'haleine est fétide, la déglutition si gênée que le malade ne peut boire qu'avec les plus grandes difficultés; la respiration est également pénible, la voix très assourdie.

L'état général semble gravement compromis : le facies est pâle et altéré, la prostration profonde, le pouls très rapide, la température de 38° seulement.

A première vue, on pouvait penser à une angine de Ludwig, le toucher buccal aidé de la palpation sus-hyoïdienne montrait, en effet, la fermeté de cet empâtement qui infiltrait le plancher buccal et s'étendait jusqu'à la paroi latérale du pharynx, mais était tout à fait indolore.

Toutefois la présence de l'ecchymose cutanée, la stomatorragie suffisaient à rendre douteuse cette interprétation, et un examen rapide permettait facilement la diagnostic d'hématome sus-hyoïdien lié à un syndrome hémorragique en montrant les téguments parsemés de très nombreux éléments purpuriques, pour la plupart sous forme de vastes hématomes dont plusieurs dépassaient les dimensions de la paume de la main.

Rien de particulier ne peut être relevé dans les antécédents de ce malade, tant héréditaires que personnels.

La première apparition des symptômes hémorragiques remonte à trois mois environ : à ce moment, le malade vit apparaître brusquement, au niveau de l'avant-bras droit puis gauche, de la main,

une tuméfaction assez étendue de coloration franchement ecchymotique, non douloureuse, dont rien, aucun traumatisme, en particulier, n'expliquait la production.

Depuis cette époque, des ecchymoses semblables se sont reproduites de temps à autre en même temps qu'il émettait par intermittences quelques crachats sanglants; il continuait cependant sans trop de difficultés son métier de mécanicien; la poussée purpurique dont on retrouve actuellement les éléments d'âges divers sur ses téguments s'est produite dans les jours qui ont précédé l'hématome sus-hyoïdien avec une intensité inaccoutumée.

En dehors des signes fonctionnels liés à l'hématome et de l'atteinte grave de l'état général, l'examen ne permet de relever aucune particularité notable : malgré quelques douleurs erratiques au niveau des membres et des articulations, il n'existé aucune modification objective des jointures qui ne sont pas douloureuses et se mobilisent facilement sans douleurs ni limitation des mouvements.

Un examen de sang, pratiqué le 8 janvier, donne les renseignements suivants :

Hématies 4.020.000

Leucocytes 17.800

Formule leucocytaire :

Polynucléaires p. 100. 56

Formes intermédiaires 24

Grands mononucléaires 15

Lymphocytes 5

Plaquettes : 520.000.

Temps de coagulation : début en 1 h, 5 minutes, coagulation plasmatique, rétractilité à peu près normale du caillot.

Temps de saignement : 2 minutes.

Signe du lacet négatif.

Groupe sanguin IV.

On pratique, sans aucun incident, une transfusion de sang citraté de 100 cc.

Elle ne semble avoir aucune influence immédiate sur l'état du

malade qui continue de s'aggraver : l'hématome augmente de volume, la gêne respiratoire s'accroît, la dysphagie est si complète que le malade ne peut déglutir même les liquides, l'expectoration resté sanglante; la fétidité de l'haleine est telle que des accidents de sphacèle semblent imminents.

Le 10 janvier, un vaste placard ecchymotique se dessine sur la face antérieure du cou, l'état général est des plus précaires.

Cependant, le lendemain, l'empatement du plancher de la bouche régresse, les troubles fonctionnels semblent s'améliorer, l'hémoptysie s'arrête, mais l'ecchymose s'étend et gagne la face antérieure du thorax.

Le 13 janvier, deuxième transfusion de 100 cc. Le résultat de la réaction de Wassermann étant fortement positif, on commence une série de 10 injections intraveineuses de 1 centigramme de cyanure de mercure.

Une nouvelle enquête plus complète sur les antécédents du malade ne permet de relever aucune trace de syphilis, il n'a jamais été traité et n'a jamais eu le soupçon d'avoir contracté la syphilis.

Le 15 janvier, reprise de l'expectoration sanglante, il est difficile de déterminer s'il s'agit d'hémoptysie ou de stomatorragie, troisième transfusion de 100 cc.

Du 15 au 31 janvier, il est pratiqué trois nouvelles transfusions, le traitement mercuriel est poursuivi sans incidents.

Pendant cette période, l'hématome sus-hyoïdien se résorbe progressivement, aucune tache purpurique n'apparaît sur les téguments; signalons cependant une hématurie légère le 25 janvier; toutefois l'état général reste précaire, le malade est très asthénique, pâle, anorexique.

OBSERVATIONS XXIV et XXV.

(P.-E. WEIL, *Presse médicale*, févr. 1929.)

I. — Je suis appelé un jour par le docteur Scheffer auprès d'un hémophile à qui il avait pratiqué, pour soigner une grosse molaire, une injection gingivale de cocaïne. A la suite, se produisit une

hémorragie interstitielle, qui envahit tout le plancher de la bouche, vingt-quatre heures après l'injection.

A ce moment, le malade était gêné non seulement pour avaler, mais même pour parler et respirer. La langue était projetée en avant, et l'occlusion de la bouche impossible. Le sang épanché formait une volumineuse tumeur du plancher buccal. La température montait à 39°. Rien à l'auscultation, mais gêne respiratoire marquée. Je pratiquai une injection intra-veineuse de 20 cc. de sérum sanguin, et en vingt-quatre heures, tous les symptômes inquiétants s'amendèrent. L'hémorragie arrêtée dans sa progression, le malade fut guéri en quelques jours par résorption de son hématome et tout rentra dans l'ordre.

II. — Dans un autre cas aussi grave mais où l'hémorragie du plancher buccal se produisit de façon spontanée, au cours d'une grippe chez un hémophile-hémogénique, une transfusion de 225 cc. de sang fit en quarante-huit heures disparaître les mêmes signes de tumeur volumineuse du plancher buccal (Impossibilité de fermer la bouche, protusion linguale, difficulté de déglutition, d'articulation et de respiration, etc.).

OBSERVATION XXVI.

(Obs. de VALUDE, en partie. *Ann. d'oculistique*, mars 1897.)

Femme de 34 ans, hémophile. Dans les commémoratifs : tendance aux hémorragies. Retard de la coagulation du sang : début de la coagulation au bout de 15 minutes.

Le 30 septembre dernier, il survint de l'enflure à la face, du côté droit, et cette enflure s'étendit à toute la joue, aux paupières et un peu au front. En même temps, la malade ressentit une très vive douleur localisée à la partie supérieure et interne de l'orifice orbitaire droit.

Deux jours après, apparut une ecchymose au point qui avait été le siège de la douleur; cette extravasation sanguine disparut et descendit vers la paupière inférieure, où elle s'étendit et, en quelque sorte, se dispersa.

Les choses semblèrent aller mieux au bout de quelques jours; le

gonflement disparaissait peu à peu et l'ecchymose palpébrale s'effaçait, quand, le 9 octobre, dix jours après l'apparition des premiers symptômes, la malade ressentit tout à coup derechef une vive douleur au point déjà mentionné, à la partie supéro-interne de l'orbite. En même temps, une bosselure se montra en ce point, au-dessus du globe de l'œil, soulevant la paupière supérieure.

Simultanément, réapparut un peu de gonflement de toute la région et une ecchymose qui occupait la paupière supérieure, le sillon palpébral inférieur, gagnant jusqu'à la joue. La malade fut prise de fièvre avec nausées; il en résulta, au bout de deux jours, un abattement assez considérable. Notons que ni la première poussée, ni la seconde, ne se trouvèrent à coïncider avec les règles, qui survinrent à leur époque habituelle et avec leur intensité normale. D'ailleurs, la malade est actuellement bien réglée.

Le 12 octobre, je fus appelé à examiner cette malade. Je constatai l'état suivant : le côté droit de la figure est assez peu gonflé (le gonflement avait beaucoup diminué depuis deux jours); les deux paupières sont marbrées d'ecchymoses étendues, de sang extravasé; au-dessus du globe de l'œil et en dedans, on voit saillir sous la paupière supérieure une bosselure acuminée, très sensible, qui se prolonge en arrière dans l'orbite sous la forme d'une tumeur fluctuante qui peut être refoulée quelque peu dans la cavité orbitaire. Cette poche liquide n'est pas animée de battements, ne présente pas de souffle et n'est pas réductible à la pression. Elle est assez facile à délimiter avec les tissus voisins et, en raison de sa fluctuation très évidente, donne l'impression d'un kyste qui serait en un point assez superficiel, avec un prolongement profond. La malade accuse des douleurs lancinantes assez vives dans la région atteinte.

Le 13 octobre, je pratique une ponction avec une seringue armée d'une aiguille et je retire 2 grammes environ de sang un peu foncé, mais non pas altéré complètement. J'applique ensuite un pansement ouaté assez serré.

Le 16 octobre, comme le kyste semble s'être un peu rempli de nouveau et que la fluctuation est encore perceptible, je pratique une seconde ponction qui donne 1 gramme du même liquide sanguin; la cavité kystique est alors complètement vidée. Pansement compressif.

A partir de cette seconde ponction, l'ecchymose et le gonflement de la région s'éteignent graduellement et rapidement. Les douleurs spontanées, vives auparavant, avaient complètement disparu après la première ponction.

Le 23 octobre, il reste à la place occupée par le kyste une nodosité empâtée un peu, très sensible et qui se prolonge sous l'aspect d'une corne fibreuse épaisse dans la profondeur de l'orbite, le long de l'angle supéro-interne de cette cavité.

Le fond de l'orbite ne donne à l'exploration digitale aucune sensation ni de tumeur ni même d'empatement.

Le 28 octobre, la petite nodosité, mieux limitée, plus dure, est encore parfaitement perceptible sous la peau de la paupière qu'elle soulève un peu à l'œil nu. Elle est encore un peu sensible à la palpation, mais cette sensibilité va diminuant tous les jours. Elle ne subit d'ailleurs aucun changement ni dans les diverses attitudes, en avant ou en arrière, de la tête, ni dans le phénomène de l'effort.

Les ecchymoses palpébrales et le gonflement du voisinage ont entièrement disparu.

Le 12 novembre. Le petit résidu fibreux a encore diminué de volume; il n'est plus du tout douloureux. La peau de la région a repris son caractère normal.

20 novembre. Le peu qui reste de la poche sanguine est redevenu un peu sensible, mais non pas plus volumineux; il s'est produit le matin un léger gonflement, diffus et un peu bleuâtre, de l'angle supéro-interne de l'orbite. La coloration bleue a déjà disparu vers le soir. Toujours pas le moindre signe d'expansion; pas de battements ni de souffle, pas de réductibilité de la tumeur. En même temps que le gonflement se produisait la malade avait accusé des nausées, du malaise, comme au début des accidents et des douleurs assez vives.

8 décembre. Le gonflement, léger d'ailleurs, qui s'était produit le 20 novembre, a persisté et même augmenté un peu, bien que la coloration bleuâtre de la région ait disparu dès les premiers moments. Il ne peut être question d'une ponction en raison de l'absence d'un foyer liquide collecté, car le gonflement est diffus. Je conseille simplement d'exercer sur l'œil une compression méthodique et modérée.

15 janvier 1897. A partir de ce moment la malade observe dans l'angle supéro-interne de l'orbite des alternatives de gonflement bleuâtre et de réduction de ce gonflement. La tuméfaction n'atteint jamais le degré remarqué la première fois et les douleurs sont aussi moins vives; en deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre sous l'influence d'un pansement compressif; les phénomènes se reproduisent ainsi de temps à autre, mais sans périodicité régulière. La région reste, en dehors des crises, un peu empâtée et gonflée avec une légère sensibilité. Ces alternatives de production et de disparition de l'épanchement sanguin spontané dans le tissu de la paupière et de l'orbite durèrent un mois, après lequel tout rentra dans l'ordre. Le 8 février toute trace de l'hématome primitif a disparu.

OBSERVATIONS XXVII à XXX.

(P.-E. WEIL, *Presse médicale*, févr. 1929.)

I, II, III. — Jeunes hémophiles, de 6 à 12 ans, qui fréquentaient l'école, et qui, en jouant avec leurs camarades, reçurent des chocs plus ou moins forts sur l'œil. Une hémorragie orbitaire, palpébrale, énorme, se fit ainsi qu'un hématome rétro-orbitaire, qui détermina un exorbitisme de l'œil. Rapidement, la vision fut abolie; la cornée transparente non protégée s'enflamma, et quoique dans aucun de ces trois cas la fonte purulente de l'œil ne survint, la perte de la vue fut définitive et totale. Dans aucun de ces trois cas, je n'eus la chance d'être appelé au début des accidents.

IV. — Grand hémophile de 19 ans. Dans les antécédents : hémarthroses, mélæna, hématuries, etc., survenus à de multiples reprises dans le cours de son existence.

Le 18 décembre 1926, au cours d'une grippe, le malade constate au réveil une petite tuméfaction grosse comme une noisette, au-dessus de l'arcade sourcilière gauche. Cette tuméfaction spontanée était due à un épanchement sanguin comme cela devint bientôt évident. Le lendemain, elle envahissait l'œil et la joue gauche qui était fortement déformée. Le 20 au matin, l'œil gauche est exorbité, énorme, saillant entre les paupières enflées et noirâtres. La vision avait disparu. En

même temps, il y avait à droite une hémorragie sous-conjonctivale, une ecchymose de la paupière supérieure et une diminution marquée de la vue. Le malade entre alors dans mon service et je pratique aussitôt une transfusion de 225 cc. de sang.

A ce moment, l'œil gauche est exorbité, la conjonctive décollée par le sang forme un énorme bourrelet autour de la cornée transparente, ce qui donne à l'œil un aspect d'ombilication. L'hématome occupe, en outre, les paupières supérieure et inférieure violacées. Elles ne peuvent se mobiliser.

La vision est très faible, le malade percevant encore et seulement la lumière. A droite, tuméfaction des paupières, que le malade ne peut ouvrir. Il y a de plus un léger épanchement sous-conjonctival de sang dans l'angle externe de l'œil.

Dès le 21, l'état est moins inquiétant, la tuméfaction de l'œil droit a diminué, les paupières peuvent s'entr'ouvrir. La vision est normale. A gauche, l'exophtalmie est toujours considérable, la conjonctive est décollée et il s'écoule une sérosité sanglante. La vision est conservée. Les hématomes sus et sous-orbitaires ont diminué notablement.

Le 22, grande amélioration : l'œil droit n'est plus que rougeâtre, les paupières ne sont plus tuméfiées, la vision est normale. Cependant, à gauche, l'exophtalmie est toujours marquée, les téguments noirâtres, et l'on constate une petite exulcération de la cornée transparente.

Le 23, le Docteur Magitot, consulté, propose une tarsorrhaphie. Trois points de suture sont faits sur les paupières sans déterminer d'hémorragie.

Les choses s'arrangent rapidement. Le 25, le Docteur Magitot enlève les fils; l'ulcération cornéenne a diminué, le globe oculaire est rentré dans l'orbite. La vision a reparu et le malade distingue non seulement la lumière, mais les formes. En une semaine, tout est rentré dans l'ordre.

Un an après, voici l'examen fait par le Docteur Magitot : œil droit normal; acuité visuelle normale. Œil gauche : taie paracentrale de la cornée donnant un astigmatisme irrégulier abaissant l'acuité visuelle à 5 p. 100. Fond de l'œil normal.

OBSERVATION XXXI.

(In VIRCHOW, Traité des tumeurs.)

L'exemple le plus parfait d'hématome musculaire que j'ai vu, je l'ai observé chez un hémophile. Ce cas, décrit plus en détail dans la dissertation de Lemp, portait sur un homme de 23 ans, qui souffrait depuis sa plus tendre enfance d'une disposition aux hémorragies. Environ trois ans avant sa mort, il était tombé sur la glace, s'était forcé la hanche et en avait gardé une tumeur qui, s'accroissant peu à peu, pénétra dans l'abdomen qu'elle distendit, jusqu'à donner finalement l'aspect d'une grosseur. Elle subit très lentement une marche régressive pendant l'année suivante. Mais je trouvai encore à l'autopsie, comme reliquat, un gros kyste sanguin de la fosse iliaque, mesurant 8 cm. 5 de long, 7 centimètres de largeur et 6 centimètres d'épaisseur. Il siégeait au milieu du muscle iliaque, avait des parois très épaisses, d'une dureté cartilagineuse, et un contenu sec, cassant, brun rougeâtre, dans lequel le microscope montrait des globules sanguins décolorés et ratatinés et un détritux granuleux. C'est peut-être là le plus grand exemple connu d'hématome.

OBSERVATION XXXII.

(GRENAUDIER, Thèse de Paris, 1882.)

Le 17 avril 1882, entré à l'hôpital Laënnec, salle Grisolles n° 10, dans le service de M. le Docteur Legroux, un malade se plaignant d'une douleur sciatique du côté droit.

Cet homme, Joseph de Valc..., âgé de 54 ans, est grand, robuste, bien charpenté, mais il est pâle, d'une pâleur qui est celle des gens qui ont perdu beaucoup de sang. La peau est décolorée; les lèvres sont blêmes; les gencives, la langue, le palais et les joues sont livides, exsangues.

Il est couché dans le décubitus dorsal, semble gêné pour faire des mouvements; sa voix est basse, la faiblesse musculaire extrême. La respiration est difficile, superficielle et douloureuse.

L'abdomen présente du côté droit une large ecchymose violacée occupant le flanc et la région iliaque, s'étendant assez loin en arrière. La peau, à ce niveau, est indurée.

A la palpation, on trouve au-dessous de l'induration superficielle un empâtement de toute la fosse iliaque descendant au-dessous de l'arcade crurale qui semble le brider, pour s'étaler ensuite à la partie supérieure et interne de la cuisse, et y occupant la région du triangle de Scarpa.

La pression de cette tuméfaction est douloureuse dans toute son étendue. En avant d'elle, on sent, à la partie supérieure de la cuisse, les battements de l'artère fémorale, qui sont très superficiels.

La cuisse du côté droit est demi-fléchie. Les mouvements spontanés sont impossibles; les mouvements provoqués déterminent une vive douleur à la hanche. Le membre inférieur est légèrement tourné en dehors.

La cuisse du côté malade est un peu tuméfiée relativement à celle du côté opposé; les veines superficielles sont manifestement dilatées autour de l'articulation du genou.

La jambe elle-même paraît un peu tuméfiée, quoiqu'il ne soit pas possible d'y constater nettement de l'œdème. Cette apparence se retrouve encore au cou-de-pied du même côté.

A la partie inférieure des deux jambes, léger piqueté ecchymotique pâle et superficiel, sans rapport avec les bulbes pileux.

Au bras gauche, ecchymose de 12 à 15 cm, de long, consécutive à une légère contusion.

Evidemment l'empâtement de la fosse iliaque est le résultat d'un épanchement sanguin. Voici quelle en est l'origine et de quelle façon il s'est produit.

Le 9 avril dernier, jour de Pâques, le malade fait une longue course de Paris à Saint-Ouen et à Asnières et d'Asnières à Paris. Le lendemain, à 3 heures de l'après-midi, il est pris tout d'un coup d'une roideur dans la hanche, le genou et le mollet droits. Il reste ainsi jusqu'au soir 8 heures. Pendant ce temps, la roideur augmente progressivement, de la douleur se manifeste et devient de plus en plus vive; la cuisse se contracture en flexion.

Dès qu'il est couché, il est pris de vomissements incoercibles, réveillés par la moindre ingestion d'eau. Pas de nausées. Les vomissements continuent toute la nuit et les jours suivants, avec fièvre, dégoût profond pour la nourriture et constipation.

La douleur, moindre toutefois, continue avec des élancements partant de la hanche, irradiant dans le genou et le mollet. Pas de douleur dans le bas-ventre.

Vertiges en s'asseyant. Ayant voulu se lever pendant qu'on faisait son lit, il a eu une syncope.

La cuisse restait naturellement en demi-flexion; les mouvements volontaires étaient impossibles. Mais quand, avec la main, il augmentait encore la flexion, il en éprouvait du soulagement.

Décubitus sur le côté droit.

Tels sont les phénomènes qui ont accompagné la production de la tuméfaction iliaque.

Dans les antécédents : épistaxis nombreuses, hémorragies gingivales, hémorragies après avulsion dentaire, ecchymoses, etc.; en particulier : hématome du mollet (voir obs. IV) et hématome du bras (voir obs. V).

A l'entrée à l'hôpital : 1.479.750 globules.

Le 28 avril, dix jours après : 1.474.625 globules. A ce moment, il a déjà un peu repris ses couleurs normales. Ses joues, son nez, dont les veines sont normalement variqueuses, reprennent une coloration rouge vif. Sur le reste du corps, la peau est encore pâle, jaunâtre, sèche; mais c'est là son habitude. Généralement sa peau est sillonnée d'un réseau veineux très développé qui n'apparaît pas actuellement. Conjonctives, gencives, lèvres assez rouges.

Respiration libre, facile; forces parfaitement rétablies.

Les douleurs spontanées ont complètement disparu.

Au bras, l'ecchymose persiste encore autour d'une cicatrice qui existe à la face antérieure.

La peau du tronc est pâle, jaunâtre; le ventre est souple.

L'ecchymose du flanc droit s'est un peu étendue. Elle a gagné la face externe de la cuisse. Elle a considérablement pâli depuis deux jours et s'étend depuis le rebord des fausses côtes jusqu'au grand trochanter, en se portant un peu en avant.

A la palpation, on trouve une induration bien limitée, qui occupe toute la fosse iliaque droite, formant une tumeur plate, dure, s'étendant sous l'arcade crurale en dehors, en arrière des vaisseaux qui sont repoussés contre la peau.

La palpation est tout à fait indolente dans la fosse iliaque; elle est un peu douloureuse au niveau du triangle de Scarpa.

Depuis quelques jours, les mouvements de la cuisse sont beaucoup plus faciles; le mouvement d'abduction de la cuisse est surtout facile, mais les mouvements d'abduction et de flexion sont encore difficiles et douloureux.

Les mouvements provoqués sont libres et ne déterminent pas de douleurs. La rotation en dedans et en dehors se fait assez bien spontanément.

Hier et avant-hier, légères épistaxis.

Constipation habituelle.

Urines, 1 litre par vingt-quatre heures, sans sucre ni albumine, colorées, légèrement troubles, faiblement hémaphéïques.

Foie volumineux, non douloureux; 13 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Rate normale.

Dès le jour de son entrée, on l'a mis au régime suivant : repos, toniques, astringents, tartrate de fer et de potasse, bains.

L'amélioration, pendant les jours suivants, augmente rapidement.

8 mai : la tumeur de la fosse iliaque avait notablement diminué, les douleurs de la cuisse avaient disparu, et les mouvements y revenaient graduellement.

6 juin : la fosse iliaque droite est souple, non douloureuse, on n'y trouve plus de tumeur. Un peu d'induration dans le triangle de Scarpa, mais pas de douleur dans la hanche. Les mouvements de la cuisse sont libres. Le genou droit est tuméfié, douloureux, empêchant la marche. Fluctuation manifeste. Etat général excellent.

15 juin : globules : 2 millions. Douleur vive, s'exagérant à la pression au-dessous du rebord des fausses côtes, au niveau de la vésicule biliaire. On trouve à ce niveau, par la palpation, une tumeur arrondie, bosselée, présentant à peu près le volume d'un œuf. Le foie est volumineux, dépasse le rebord des fausses côtes

et n'est douloureux qu'en un point assez circonscrit. Constipation, inappétence, purgatif. Le genou droit est toujours gonflé. La douleur y est un peu moindre.

Le 16 : la région douloureuse s'est beaucoup étendue. La douleur est beaucoup plus vive, réveillée par la pression. Au siège de la douleur, les 6^e, 7^e et 8^e côtes droites sont recouvertes par une tumeur arrondie, bien circonscrite, rénitente, très douloureuse, très chaude, sans changement de couleur à la peau qui est cependant sillonnée dans cette région de veines dilatées. Le bord du foie s'est abaissé environ de 2 centimètres depuis hier.

Le 23 : teinte ecchymotique sur la tuméfaction. Le genou gauche est de nouveau très gonflé.

13 juillet. Le malade va beaucoup mieux; il a repris ses couleurs; le foie est revenu à ses dimensions normales; il ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. La flexion de la cuisse droite est toujours difficile. Le genou droit est toujours empâté et douloureux. Bains sulfureux.

15 juillet. Les bains sulfureux ont produit une grande amélioration. Le genou droit est moins volumineux mais la flexion forcée y est douloureuse. Le foie a son volume normal, mais, dans l'angle formé par la ligne blanche et le rebord des fausses côtes, on trouve une tumeur arrondie du volume d'une orange, indolente, lisse, paraissant fluctuante, sans adhérences à la peau. Raie méningitique des plus nettes.

OBSERVATION XXXIII.

(GAYET, *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1895, p. 258.)

Jeune homme de 16 ans, rien de particulier dans ses antécédents héréditaires; rien non plus de bien saillant dans son histoire pathologique, si ce n'est précisément de l'hémophilie nette (saignements de nez incoercibles, ecchymoses cutanées au moindre heurt contre les téguments, à la moindre pression de la peau, etc.).

Depuis dix-huit mois environ, le malade se plaint de douleurs articulaires répétées à déterminations multiples et qui ont même,

à un moment donné, fait penser à du rhumatisme. Ce qui l'amène voir un chirurgien, c'est surtout l'état de ses coudes. Ces deux articulations sont tuméfiées, douloureuses à la pression, avec mouvements de flexion et d'extension limités. L'empâtement siège surtout à la face postérieure de l'article, sur l'insertion tricipitale. La peau est un peu tendue tout autour de la jointure, il n'y a pas de craquements articulaires.

Quelques jours après son entrée dans le service, le malade présente une nouvelle poussée articulaire du côté des genoux. Les signes observés à ces jointures sont les mêmes que ceux qu'on avait observés aux coudes.

Bientôt apparaissent de nouveaux signes extérieurs qui mettent sur la voie du diagnostic, jusque-là hésitant. Au niveau du coude, puis autour du genou, apparaissent des ecchymoses diffusées sur une large surface autour des jointures malades et s'étendant de là, comme d'un centre, en mourant vers les parties voisines.

Peu à peu, la douleur, le gonflement diminuent et, au bout de trois semaines, il ne reste plus qu'une limitation assez marquée, mais non douloureuse des mouvements de la jointure.

Enfin, comme pour confirmer encore le diagnostic de décharge sanguine du côté des articulations, apparaît un nouveau symptôme tout à fait caractéristique. Le malade était presque guéri de tous les accidents articulaires quand, un matin, on le trouva étendu sur le dos, éprouvant de vives souffrances dans la région ilio-fémorale et dans l'attitude classique d'une psoïtis aiguë. Toute la fosse iliaque et la partie supérieure de la cuisse sont le siège d'un empâtement diffus, très douloureux, formant plastron. La veille, le malade ne présentait rien de semblable.

C'était un hématome diffus produit brusquement dans la gaine du psoas et qui, du reste, par la quantité de sang assez considérable qu'il avait soustraite à la circulation, mit le malade dans un état alarmant et demi-syncopal d'anémie aiguë, pendant plusieurs jours. Durant tout ce temps, le malade se plaignait de douleurs violentes tout le long de la cuisse.

Cet hématome mit longtemps à se résoudre; il disparut cepen-

dant sans qu'on fût forcé de l'évacuer. La température n'a pas été prise pendant les poussées articulaires, elle est restée normale pendant la durée de l'hématome du psoas.

OBSERVATION XXXIV.

[COSTE (Raymond-Louis), Thèse de Paris 1901, obs. II, p. 39.]

B... (Henri), 33 ans, marchand de vin, entre le 24 septembre 1900 à Saint-Landry, lit n° 26, dans le service de M. le Professeur Duplay.

Le 21 septembre, vers 4 heures du soir, le malade est pris subitement d'un violent point de côté siégeant dans la partie gauche de l'abdomen. Des nausées, des vomissements alimentaires apparaissent bientôt.

Les douleurs augmentent dans la soirée et ne tardent pas à s'irradier à tout l'abdomen. Les moindres mouvements sont très douloureux et le malade est cloué au lit.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 24 septembre 1900.

Examen. — Tout l'abdomen est sensible à la pression. La paroi cependant se laisse assez bien déprimer, sauf dans la fosse iliaque droite où la douleur est extrême, la défense musculaire nette et le point de Mac Burney typique.

La palpation douce finit par montrer l'existence d'un plastron remontant en haut jusqu'à l'ombilic et dépassant un peu en dehors l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur répond par son bord inférieur à la partie moyenne de la fosse iliaque. Il est plus difficile de fixer sa limite interne à cause de la contracture des grands droits.

La température est élevée : le soir de l'arrivée du malade, elle atteint 38°5.

Le diagnostic d'appendicite ne semble faire aucun doute. L'évolution montrant que cette appendicite se refroidit, on attend une quinzaine de jours et, le 8 octobre, après une période d'apyrexie de dix jours, période pendant laquelle les symptômes réactionnels locaux ont cédé, on intervient.

Opération. — Incision de Roux, on tombe bien vite sur une poche noirâtre, violacée, fluctuante, à laquelle adhèrent les anses intestinales voisines; celles-ci peuvent être décortiquées suffisamment pour que la poche puisse être incisée largement. On s'attend à voir jaillir un flot de pus et, à la stupéfaction des assistants, il sort un jet volumineux de sang liquide. De couleur noirâtre, il présente tous les caractères du sang dissous et laisse sur le linge de larges taches; leur extension rapide atteste sa parfaite fluidité. On ne remarque aucun caillot ni aucun grumeau; il ne se dégage aucune mauvaise odeur.

La poche est volumineuse comme un poing d'adulte. Le doigt introduit, on perçoit nettement les limites qui sont les suivantes : en bas l'arcade crurale, en dedans la ligne médiane, en haut une ligne convexe remontant jusqu'à trois travers de doigt des fausses côtes. La poche est partout tapissée de caillots mous, diffuents.

Les suites opératoires sont aussi bonnes que possible. La température s'élève un peu les jours qui suivent; elle atteint même 39°5 le cinquième jour, mais elle revient vite à la normale et le malade sort de l'hôpital guéri.

Nota. — A propos de ce cas, Coste, cherchant à expliquer l'origine de cet hématome, conclut à la possibilité d'une rupture d'un plexus spermatique variqueux. Mais Carrière, Laroche et Vaucher (in *Progrès médical*, 1909, n° 21) se sont mis d'accord pour ranger ce cas parmi les manifestations d'une hémophilie méconnue.

OBSERVATION XXXV.

(Obs. de BERTIER et GAILLARD, en partie.

Rev. gén. de clin. et thérap., 1909.)

Jeune homme, 24 ans, accidents hémorragiques nombreux dans les antécédents, pas d'hérédité hémophilique.

Le 9 décembre 1907. Se plaint de violentes douleurs du côté de la jambe gauche avec irradiation lombaire, température 40°. Nous trouvons le malade couché, la cuisse gauche fléchie sur le

bassin et la jambe sur la cuisse. La jambe gauche est en rotation externe, croisant la jambe droite. Le pied gauche repose à plat sur le lit au côté externe de la cuisse droite. Dans la fosse iliaque gauche, existe une masse volumineuse. Le bord supérieur, qu'on limite bien, part de l'arcade crurale un peu en dehors de la symphyse, remonte suivant une ligne oblique, en haut et en dehors, passant à 7 centimètres de l'ombilic et, longeant la crête iliaque à 4 centimètres au-dessus, va se perdre dans la région lombaire. En bas, cette masse ne peut se séparer de l'arcade crurale, elle paraît accolée à la face interne de l'os iliaque. Elle n'est pas mobilisable et est indépendante des muscles de la paroi.

L'articulation de la hanche est indemne. Rien au toucher rectal, le fond de la cavité cotyloïde n'est pas douloureux; aucune douleur à la pression sur le fémur ou le grand trochanter. Par contre, douleur très vive le long de la crête iliaque et surtout au niveau de l'insertion du psoas au grand trochanter. Malgré la température élevée, nous pensons à un hématome du psoas. Traitement : lait, glace sur le ventre, suppositoires belladonés.

Le 24, épanchement dans le genou gauche, qui dure cinq à six jours; le 29, le malade va mieux, il peut se lever, mais on constate alors de la névrite du crural qui a été comprimé dans la gaine du psoas, anesthésie cutanée et paralysie du quadriceps avec atrophie.

Amélioration progressive mais lente; le 15 février, la collection a diminué des trois quarts, le malade se promène un peu. Il prend pendant quinze jours 4 grammes de chlorure de calcium par jour en potion. Le 10 mars, injection de 20 cc. de sérum antidiphthérique frais.

Le 30 mars, à la suite des fatigues d'un bal, le malade est pris de violentes douleurs dans le flanc droit. Immédiatement injection de 20 cc. de sérum antidiphthérique frais. Nouvelle injection de 20 cc. le lendemain.

Le 3 avril apparaît dans le flanc droit une collection de même volume et de même caractère que celle observée en décembre du côté gauche, mêmes symptômes fonctionnels; seulement, le genou droit étant ankylosé, le malade se tient à demi-assis sur son lit,

le bassin fléchi sur la cuisse. Pas de température, même diagnostic d'épanchement sanguin dans la gaine du psoas, même thérapeutique avec, en plus, 4 grammes de chlorure de calcium.

Le 5 avril, température 40°, pouls 120. Les 6, 7, 8, état général meilleur, mais névrite rapide du crural avec paralysie du quadriceps.

Le 9, le malade va mieux, mais il a eu un peu de sang rouge dans ses garde-robes le matin.

On pratique 40 cc. de sérum antidiphthérique frais.

Hémorragies intestinales graves jusqu'au 18.

Les accidents locaux du côté des psoas furent assez longs à disparaître. Au commencement de juin, on sentait encore, bien que très diminuées, les deux masses dans les fosses iliaques droite et gauche.

On institue un traitement hydrominéral et électrique contre la névrite du crural et l'atrophie musculaire. Puis on envoie le malade à la campagne. Avant son départ : prise de sang dans trois tubes de 1 cm. de diamètre (pris au doigt); coagulation en 20, 22 et 25 minutes.

En novembre 1908, il n'y a plus de trace des collections iliaques. La *restitutio ad integrum* des nerfs cruraux paraît complète.

Il n'a pas eu de manifestations articulaires, mais seulement un hématome assez considérable de la joue, s'étant mordu la face interne de la joue.

OBSERVATION XXXVI.

(FIESSINGER et BARBILLON, *Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1922.)

Jeune B... (Max). Présente une hémophilie ancienne, remontant à l'enfance. L'observation commence le 26 octobre 1912.

A cette époque, pas d'antécédents intéressants. Mère est en bonne santé et n'a jamais présenté aucune hémorragie; père saignait facilement, mais n'était pas, à vrai dire, hémophile.

Famille de la mère : père saignait facilement, sans grandes hémorragies; mort à 72 ans.

Mère en bonne santé. Deux frères et deux sœurs sans syndrome hémorragique.

Famille du père : rien à signaler.

Le petit malade a un frère qui n'a jamais présenté la moindre hémorragie.

Antécédents personnels. — A l'âge de 11 mois, hématome crânien avec fièvre; on fait trois injections de gélatine. Dans le jeune âge, fait facilement des ecchymoses. A 4 ans : une épistaxis nécessite des injections de sérum de cheval, suivies, trois jours plus tard, d'une éruption étendue d'urticaire.

Août 1912 : hémorragie gingivale abondante, que l'on traite par une injection de sérum antidiphthérique et une injection de gélatine. Il apparaît, à la suite, de volumineux œdèmes avec accidents anaphylactiques.

Examen du sang (26 octobre 1912) :

Coagulation : sang recueilli par piqûre de la veine basilique dans une seringue stérilisée. Température : 18°. Début de la coagulation : 20 minutes; fin : 26 minutes.

Pas de sédimentation du caillot. Rétraction normale, mais le caillot est fragile pendant les premières heures.

Nombreux hémato blasts en répartition diffuse.

Résumé : légère leucocytose avec lymphocytose et très curieuse éosino et basophilie.

Formule blanche est légèrement atypique.

Le 14 janvier 1913: légère mononucléose; coagulation: sang veineux : début dans verre mat, 14 minutes; dans verre lisse, 18 à 25 minutes. Temps de saignement normal. Caillot fragile, rétraction normale.

Depuis le 30 octobre 1912 : le petit malade a reçu, tous les quinze jours, une injection sous-cutanée de 5 cc. de solution peptonée à 5 p. 100.

Le 21 février 1913, au cours d'une grippe banale avec coryza, des gouttes de sang se montrent sur l'oreiller durant la nuit, témoignant de petites épistaxis. On fait des applications nasales de sérum antidiphthérique et on fait reprendre les injections de peptone.

Le 21 juin 1913, on signale, depuis deux mois, des ecchymoses en fusée, au moindre traumatisme.

Temps de saignement : 5 minutes.

Coagulation dans verre mat : 7 à 10 minutes; dans tube lisse : 9 à 20 minutes. Rétractilité intense et rapide.

12 décembre 1913 : catarrhe oculo-nasal de grippe saisonnière, sans épistaxis.

10 juillet 1914 : nous revoyons notre petit malade. Il n'a pas fait d'hémorragie nouvelle, mais, au moindre traumatisme, apparaît une ecchymose.

Nous le perdons de vue pendant la guerre. Nous apprenons, le 19 décembre 1919, date à laquelle nous le revoyons, qu'il a fait, en septembre 1915, une hémarthrose du genou à la suite d'un traumatisme léger du genou. Le 25 janvier 1919, en revenant du lycée, il ressent une violente douleur dans le pied droit, suivie de gonflement rapide. On ponctionne la synoviale après quelques jours, dans la crainte d'une lésion tuberculeuse. Le liquide sanguinolent retiré renferme des polynucléaires sans traces d'infection tuberculeuse. Le pied guérit lentement.

Le 18 août 1919, après une séance de natation, survient une gêne dans la jambe. Il souffre terriblement pendant huit jours, avec de la fièvre. La douleur siège dans la fosse iliaque droite et irradie à la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou. On pense tout d'abord à une coxalgie, puis à une appendicite.

Le 13 septembre, nous sentons, dans la fosse iliaque interne droite, une masse dure, arrondie, fixe et profonde; elle est peu douloureuse à la pression. Il s'agit d'un énorme hématome du psoas. Cet hématome comprime le fémoro-cutané, comme le prouvent les troubles de paresthésie qui persistent dans le territoire sensitif de ce nerf. Il comprime le nerf crural, d'où une abolition du réflexe rotulien et une atrophie légère du quadriceps. On ne trouve aucune altération de l'articulation de la hanche. Dans la suite, cet hématome du psoas se résorbe, le quadriceps reprend lentement ses dimensions normales et le réflexe rotulien reparaît.

Le 20 décembre 1919, la coagulation du sang veineux à 20°, dans un tube ordinaire, est de 16 à 18 minutes. Nous avons l'idée de faire des transfusions veino-veineuses avec du sang maternel citraté. Le sang de Max. B... coagule en 7 minutes à 20°. Ces trans-

fusions sont faites à la seringue stérile avec 1/20 de citrate de soude à 10 p. 100.

On fait des transfusions de sang maternel, à raison de 20 cc. chaque fois, aux dates suivantes : 23 décembre 1919, 15 janvier 1920, 29 janvier 1920.

Le 29 janvier 1920, le temps de coagulation de Max B..., à 20° au tube, débute à 7 minutes et se complète à 10 minutes.

Le 25 mars 1920, le temps de coagulation de notre malade passe à 7 minutes 5; on fait cependant deux transfusions veineuses de 20 cc. de sang citraté de la mère, espacées de huit jours. Ces deux transfusions sont suivies d'accidents : diarrhée le lendemain, poussées fébriles légères pendant trois jours, sans urticaire.

Le 6 mai 1920, après un coryza, des filets de sang se montrent dans le mouchoir. La coagulation du sang veineux débute à 4 minutes et demie et complète en 7 minutes. On ne fait pas de transfusion veineuse.

Le 9 juin 1921, la coagulation du sang veineux débute à 5 minutes et demie et se complète en 7 minutes 50.

OBSERVATIONS XXXVII et XXXVIII.

(LEGUEU, *Bull. Soc. de chir.*, 1910, p. 434.)

I. — P... (Jules), 27 ans, mécanicien, entre à Laënnec, le 9 mai 1909. Il présente, depuis cinq jours, une flexion à peine douloureuse de la cuisse sur le bassin du côté droit. C'est en plein travail qu'il a été surpris par une sorte de crampe dans tout le membre inférieur et la flexion est survenue immédiatement. Un médecin consulté ordonna des pommades calmantes qui restèrent sans effet.

A l'examen, on constate une flexion très marquée de la cuisse droite sur le bassin avec impossibilité d'étendre le membre. La flexion complète est possible et indolore. Aucun autre symptôme qui puisse faire penser à une coxalgie ou à une psittis d'origine appendiculaire. Pourtant, à la palpation profonde de la fosse iliaque droite, on note un peu d'empâtement dans la gaine du psoas

et comme le malade raconte qu'il y a trois ans, il est resté alité à la suite d'un traumatisme rachidien, on pense à la possibilité d'un abcès pottique au début avec œdème du psoas.

L'examen minutieux de la colonne vertébrale ne montre rien de suspect. L'état général est bon, bien que le facies soit un peu pâle.

Après trois semaines de repos au lit, les douleurs vagues ressenties par le malade ont disparu, la flexion de la cuisse a même un peu diminué et le sujet part pour Vincennes. Il a été impossible de faire un diagnostic étiologique.

Il reste à Vincennes du 22 juin au 3 juillet 1909, rentre chez lui et essaie de reprendre son travail. Il va à l'atelier une journée, mais est subitement repris de douleurs atroces dans l'aîne s'accompagnant de flexion très marquée de la cuisse droite sur le bassin. Il revient à Laënnec le 5 juillet.

On note alors un tableau clinique tout différent du premier. La flexion de la cuisse sur le bassin est de 70° et surtout on sent dans la fosse iliaque droite un empâtement énorme, lisse et dur qui se continue à la partie supérieure du triangle de Scarpa. C'est absolument la sensation d'un gros abcès de mal de Pott dorso-lombaire prêt à fistuliser.

L'état général est moins bon, le teint est blafard. Pensant à un abcès pottique, le 20 juillet on pratique, sous anesthésie, une ponction qui ramène d'énormes caillots d'un sang noir, visqueux et décomposé. On vide ainsi, par expression manuelle, une partie de la collection, et, pensant alors à un ostéosarcome du bassin, on demande une radiographie qui n'apporte aucun éclaircissement.

Les jours suivants, la tumeur réapparaît, augmente même et vu l'état précaire du malade, on décide d'intervenir et de vider la fosse iliaque. Le 23 juillet, intervention. Au moment de l'endormir, le malade se rappelle qu'étant au régiment, on lui a conseillé, s'il se faisait opérer, de prévenir son chirurgien « qu'il saignait facilement ».

Large incision de 20 centimètres, parallèle à l'arcade et à 2 centimètres au-dessus. On arrive après incision des muscles, sur un volumineux hématome qui remplit toute la fosse iliaque, et, pour le

vider, on ramène, par morceaux, des caillots qui comprennent en même temps le muscle iliaque dilacéré. Ce muscle est, en effet, déchiqueté et les lésions s'étendent à toute la surface d'insertion iliaque, tandis que, en dedans, on sent au doigt le muscle psoas absolument intact. Le sang coule à flots et, montant de la profondeur, il empêche de se rendre compte de ce que l'on extirpe. Plutôt que d'arracher le reste du muscle qui vient à chaque coup de doigt, et vu l'hémorragie abondante, on s'assure de l'intégrité de l'os sous-jacent et l'on referme après tamponnement très serré.

Les jours suivants, une tuméfaction extrême se produit et une ecchymose lombaire remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate, descendant dans les bourses et sur la racine de la cuisse en bas. On fait alors sauter les points de suture pour donner issue à une grande quantité de sang qui s'écoule en bavant. Tamponnement.

Le malade va mal, a des syncopes. La température reste élevée. De plus, il a eu plusieurs épistaxis abondantes depuis l'intervention. On met alors en action le sérum frais de cheval et une injection est faite tous les jours.

Les pansements quotidiens saignent moins, les ecchymoses pâlisent et bientôt, après retrait des mèches profondes, on constate l'élimination d'une énorme masse noirâtre et hématique. Cette masse comprend toute l'épaisseur des muscles et, à 10 cm. autour de l'incision, il se fait une perte de substance considérable. Le malade est considéré comme perdu. Le facies est blafard, les syncopes fréquentes avec sueurs profuses. La température reste au-dessus de 39°.

L'élimination à la pince de ce bourbillon sanguin considérable amène de suite une sensible amélioration. La chute de la température commence. A la place de l'incision existe maintenant une perte de substance énorme, car tous les muscles pariétaux ont disparu. On note surtout que la flexion de la cuisse sur le bassin n'existe plus et le malade peut étendre complètement sa jambe. Les ecchymoses lombaire et scrotale ont pâli.

Le 15 août, la température est, depuis quelques jours, normale. Le malade a de l'appétit. Les petits pansements faits chaque matin permettent d'assister à la régularisation de la plaie qui se comble.

Le 26 août, le malade essayant de se lever a une hémorragie dans sa plaie presque entièrement cicatrisée. On doit le condamner au repos absolu et lui faire de nouveau une injection de sérum frais. L'injection précédente avait été faite vingt-trois jours auparavant.

II. — Malade de l'observation précédente.

Du 26 août au 20 janvier 1910, pas de nouvelles du malade. Le 20 janvier, il revient de nouveau à l'hôpital. Il se plaint d'une douleur dans la région lombaire gauche, douleur survenue sans cause apparente depuis deux jours. A l'examen, on constate un bombement très net de toute la région lombaire avec empâtement s'étendant depuis la dixième côte jusqu'à la crête iliaque. On a, au palper, la sensation de plénitude lombaire, et l'on peut, sans douleur, limiter les contours de cette tuméfaction survenue brusquement. Pas d'ecchymose du côté de la peau. Malgré l'absence d'ecchymose et vu les antécédents, on diagnostique un vaste hématome développé dans les muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Au niveau de la fosse iliaque droite, tout semble guéri : le membre a sa rectitude complète et il ne reste qu'une éventration de la paroi.

On ordonne, instruit par l'expérience, le repos absolu, et, le 25 janvier, le diagnostic se confirme par l'apparition d'une petite ecchymose lombaire.

Le malade reste un mois étendu et l'on voit à ce régime la tuméfaction disparaître peu à peu; le flanc recouvre sa souplesse et l'état général devient excellent.

L'examen du sang est fait par notre collègue et ami M. Duvois et nous devons à son obligeance les renseignements suivants : l'étude de la résistance globulaire pratiquée donne des résultats identiques par la méthode du sang total et celle des hématies déplasmatisées (Widal, Abrami et Brulé). Elle est normale. $R = 46$; $R = 42$; $R = 34$.

Ajoutons, enfin, que le malade n'a aucun antécédent hémophilique héréditaire. Ses frères et sœurs sont bien portants.

Le 22 février, il sort de l'hôpital complètement guéri et muni d'une ceinture abdominale qui maintient son éventration iliaque.

OBSERVATION XXXIX.

(KIRMISSON, in LAUNAY, Thèse de Paris, 1900, p. 42.)

Le nommé Delahaye (Léon), âgé de 29 ans, jardinier, entre, le 4 décembre 1888, salle Saint-Landry, lit n° 19, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle morte d'un cancer à l'estomac; grand'mère paternelle morte d'un anévrisme. Père mort accidentellement. Était sujet aux épistaxis. Autres antécédents héréditaires insignifiants.

Antécédents personnels. — Sujet, depuis l'âge de 3 ans, à des attaques de rhumatisme généralisé. Rougeole et fièvre typhoïde dans l'enfance; a toujours été très sujet aux épistaxis. Un furoncle du nez fut une fois la cause d'une hémorragie très abondante, dont on ne put se rendre maître que par la cautérisation.

A dix ans, hémorragie abondante à la suite d'une avulsion dentaire. A uriné du sang vers cette époque.

Assez souvent, hémorragies gingivales, sans cause occasionnelle connue. Trois ou quatre fois, hématuries ayant duré huit à dix jours. A presque toujours été traité pour son hémophilie.

En 1885, sans cause appréciable, épanchement sanguin considérable dans le mollet, pour lequel il garda deux mois le lit. Lorsqu'il se leva, la marche était très difficile.

Peu à peu, une rétraction du triceps sural se produisit, entraînant la formation d'un pied bot équin.

C'est cette affection qui amena le malade dans notre service.

M. Kirmisson lui fit une ténotomie du tendon d'Achille, suivie de l'immobilisation dans une gouttière plâtrée. Celle-ci produisit, près de la petite plaie opératoire, une légère compression. Comme le malade s'en plaignait, on enleva de suite le plâtre; cependant une phlyctène apparut au point comprimé et bientôt une eschare lui succéda.

La chute de celle-ci fut la cause d'une violente hémorragie. Une eschare analogue entraînant également des hémorragies se produisit aussi sur le cou-de-pied (décembre 1888). Ces eschares du pied

entraînèrent, malgré des pansements antiseptiques, la production d'un phlegmon diffus du mollet. De larges plaques de sphacèle se montrent en divers points du mollet et leur élimination est toujours accompagnée d'assez sérieuses hémorragies.

En février 1889, ces hémorragies ont énormément anémié le malade, son teint est absolument décoloré, son pouls très petit. On entend au cœur des souffles anémiques.

On lui fait alors des injections sous-cutanées de chlorure de sodium, sous l'influence desquelles l'état général se remonte; les hémorragies diminuent et le phlegmon entre en voie de réparation.

Actuellement, la jambe du malade est en bonne voie de guérison et son état général est assez bon.

OBSERVATION XL.

(TUFFIER, *Bull. Soc. de chir.*, 1907.)

Jeune homme d'une douzaine d'années, hémophile, avait, à la suite d'une chute sur la région fessière, un énorme hématome profond et infecté. Pendant vingt-quatre heures avant l'incision il subit des injections de sérum artificiel et ce traitement fut prolongé pendant plusieurs jours; le malade n'eut aucune hémorragie de par ses incisions profondes et ses pansements.

CONCLUSIONS

I. — Les hématomes sont des accidents relativement fréquents chez les hémophiles; leur cause est souvent si minime qu'on peut conclure à leur origine spontanée, au moins en apparence.

II. — Le tableau clinique qu'ils présentent est très différent suivant le siège et peut comprendre des signes parfois alarmants.

III. — Le diagnostic en est fort difficile et sera surtout basé sur la constatation d'une ecchymose appuyée de la notion de l'hémophilie. Il est cependant d'importance capitale : des erreurs de diagnostic conduisant à des interventions chirurgicales risquent d'amener des désastres.

La confusion sera à éviter avec des phlegmons, des abcès froids, des sarcomes, voire l'appendicite; l'hématome reconnu, il faudra encore ne pas méconnaître son origine hémophilique.

IV. — Le pronostic de ces hématomes, abandonnés à eux-mêmes, est sérieux. Le volume du sang épanché peut amener une spoliation sanguine mettant le malade dans un état précaire. Des complications graves peuvent en outre se montrer : ouverture spontanée, entraînant d'abondantes hémorragies, infection, névrite par compression, gangrène, rétractions musculaires, asphyxie, cécité. La mort même peut survenir par anémie aiguë ou à la suite de complications.

V. — L'expectative doit donc être proscrite lorsque le diagnostic a été porté.

VI. — Les ponctions, les incisions minimales, doivent être rejetées comme moyens de traitement, car elles sont insuffisantes et dangereuses : possibilité d'hémorragies et d'infection.

VII. — Le traitement médical doit être pratiqué d'emblée à l'aide de médications coagulantes, soit par transfusion de sang humain citraté (méthode de Feissly), de 10 à 50 cc. par voie intraveineuse ou quantités plus fortes si l'hémorragie menace la vie du malade; soit par injections de sérum frais de cheval ou de sérum antidiphthérique, à la dose de 20 à 40 cc. sous-cutanés ou, mieux, 10 à 20 cc. intraveineux.

Pour lutter contre les récidives, on pourra avoir recours à la méthode de Weil : une injection, tous les mois ou tous les deux mois, aux doses précédentes, de sérum frais de cheval ou antidiphthérique.

VIII. — Le traitement chirurgical sera un traitement d'exception.

On le pratiquera en cas d'hématomes ouverts : les hémorragies rebelles, les risques d'infection le commandent; il sera institué également en cas d'hématomes suppurés, et il sera autorisé lorsque des complications sérieuses seront imminentes (asphyxie par exemple).

Il consistera dans une évacuation minutieuse des caillots, permettant l'application d'un pansement sérique sur les surfaces cruentées et non sur les caillots.

Dans tous les cas, on devra lui adjoindre le traitement médical, car seul il est dangereux. On préparera donc le malade, par les méthodes coagulantes pratiquées comme il a déjà été dit, vingt-quatre heures et deux heures avant l'intervention.

Le pronostic reste sérieux lorsqu'on est obligé de recourir au traitement chirurgical.

Vu: *Le Doyen*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER

Le Président,

P. BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BASTIANELLI. — Ematoma iliaco el ematiro del ginocchio in emofiliaco; importanza della studio anamnestico sistematico relativo all' emofilia. *Riv. ospedal.*, Roma, 1912.
- BENASSI. — Di un ematoma mortale in emofiliaco : malattia o infortunio? *Gior. di clin. med.*, Parma, 1925.
- BÉRARD et DUNET. — *Bull. Soc. chir.*, Lyon, 27 mai 1926.
- BERTIER et GAILLARD. — *Rev. gén. de clin. et therap.*, 1909.
- BROCA et WEIL. — Le traitement de l'hémophilie par les injections et les pansements de sérum animal. *Bull. Soc. chir.*, 1910, p. 746.
- CARRIÈRE. — Rapport sur l'hémophilie. Congrès français de médecine, 1907.
- CASTAN. — *Montpellier médical*, 1869, p. 289.
- CATZ. — L'hémophilie en chirurgie. *Bull. gén. de therap.*, Paris, 1909, p. 457.
- COSTE (Emile). — Contribution à l'étude de l'hémophilie. Hématomes. Thèse Paris, 1900.
- COSTE (Raymond-Louis). — Etude de quelques cas rares d'hématomes de la fosse iliaque droite ayant simulé l'appendicite. Thèse Paris, 1901.
- CRUET. — *Presse médicale*, 9 sept. 1908, n° 73, p. 580.
- DOMMARTIN. — Contribution à l'étude de l'hémophilie. Thèse Paris, 1903.
- ELIÇAGARRAY (Lucien). — Des injections de sérum sanguin dans les états hémorragipares. Thèse Paris, 1907.
- FEISSLY. — Recherche expérimentale sur la pathogénie des troubles de la coagulation. Congrès de médecine; Paris, 1922.

- Etudes sur l'hémophilie. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, déc. 1923, p. 178.
- Hémophilie. Recherches sur la correction de la coagulabilité sanguine. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, déc. 1924, p. 1739.
- *Presse médicale*, 7 mars 1925, n° 49.
- FIESSINGER et BARBILLON. — *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, févr. 1922, p. 354.
- FRITZ. — De l'hémophilie. *Arch. de méd.*, 1863.
- FROELICH. — *Bull. Soc. de méd. Nancy*, 1925.
- GAYET. — Etude des arthropathies et des hématomes dans l'hémophilie. *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1895, p. 258.
- GEZA FALUDI. — *Arch. f. Kinderheilk.*, 1904.
- GILLE et SIMONET. — *Presse médicale*, 22 avril 1918, n° 23, p. 272.
- GIRAudeau. — De l'hémophilie. Thèse Paris, 1866.
- GRANDIDIER. — De dispositione ad hæm, leth. hered. Cassel, Dissert. inaug., 1832.
- Die Hemophilie oder die Blutkrankheit, Leipzig, 1855.
- GRENAUDIER. — Contribution à l'étude de l'hémophilie. Thèse Paris, 1882.
- HOUZEL. — Les hématomes iliaques d'origine hémophilique. *Arch. gén. de chir.*, 1910, p. 887-902.
- KHAUTZ (Von). — Sténose de l'intestin par hématome sous-muqueux dans l'hémophilie. *Arch. für klin. Chir.*, 1908, in *Presse médicale*, 2 déc. 1908.
- LAROCHE et VAUCHER. — *Progrès médical*, 1909, n° 21.
- LAUNAY (Léon). — Contribution à l'étude des arthropathies et des hématomes chez les hémophiles. Thèse Paris, 1900.
- LEBERT. — *Arch. de méd.*, 3^e série t. III, p. 36.
- LECLERC et CHALIER. — *Lyon médical*, 1912, n° 41, p. 590.
- LEGUEU. — *Bull. Soc. de chir.*, 1910, p. 434.
- LESNÉ, POWILEWIEZ et RÉCAMIER. — *Bull. Soc. de péd. de Paris*, 1921.
- MICHON. — *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1910, p. 442.
- MOMIGLIANO. — Supra un caso di ematomo interstitielle da h. *Progresso med.*, Torino, 1905.

- MONOD (Robert). — Thèse Paris, 1917.
- MOSER. — Psoas-hématome bei H. *Beitr. Klin. chir.*, Tübingen, 1905.
- MOUCHET. — Hématome du grand fessier chez un hémophile. *Bull. Soc. de méd. Paris*, nov. 1911.
- MUTZEMBUKER. — De hemorrhagicis. Thèse Heidelberg, 1841.
- NARDI. — Vasto ematoma toracico in soggetto emofilico. *Gazz. med. lomb.*, Milano, 1920.
- NOBÉCOURT et MATHIEU (René). — Hémophilie : mort par hématome de la cuisse. *Bull. Soc. de péd. Paris*, 1923.
- PAISSEAU, CAYLA et HAMBURGER. — *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 19 juin 1923, p. 940.
- PAULEAU (Louis). — Sur l'hémophilie et son traitement. Thèse Montpellier, 1910.
- PONCET. — *Lyon médical*, 1871.
- RAMOND. — Conférences de clinique médicale pratique, 5^e série, 1926, p. 12.
- RAVINA. — Thèse Paris, 1924.
- SAMAJA. — Ematoma mortale da iniezioni di gelatina in emofilico. Morgagni, Milano, 1925.
- SCHNEFF. — Recherches historiques sur l'hémophilie. *Gaz. méd. Paris*, 1853.
- SICARD et GUTMANN. — *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, févr. 1912, p. 171.
- SIECZKOWSKA (Mlle). — Névrite traumatique chez un hémophile. Thèse Genève, 1859.
- TARDIEU. — *Arch. gén. de méd.*, févr. 1841.
- TUFFIER. — *Bull. Soc. de chir. Paris*, mars 1907, p. 270.
- UMBREIT. — Glossitis hämorrhagica bei Hemophilie. *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, Leipzig, 1910, in *Presse médicale*, sept. 1910, p. 704.
- VALUDE. — *Ann. oculist.*, mars 1897.
- VIRCHOW. — *Deutsche Klinik*, 1859.
- WALTHER. — *Bull. Soc. de chir.*, 1910, p. 415.
- WEIL (P.-E.). — Le traitement de l'hémophilie par la cure sérique continue. Congrès français de médecine, Paris, 1910.

- Remarques cliniques et thérapeutiques sur les hémorragies hémophiliques. *Presse médicale*, févr. 1929, n° 17, p. 266.
 - Article : Hémophilie, in *Nouveau Traité de médecine* Roger, Vidal, Teissier, 1927, fasc. IX, p. 471.
- WOLFF. — De la diathèse hémorragique héréditaire. Thèse Strasbourg, 1844.

